FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896 — N° — 393

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 8 juillet 1896 à 1 heure

PAR ALFRED LEGRAND

Né à Paray-le-Monial (Saône-et-Loire), le 11 octobre 1863

DE LA

CYSTOCÈLE CRURALE

Président : M. TILLAUX, *professeur.*

Juges : MM. TERRIER, *professeur.* TUFFIER, LEJARS, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1896

393

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 8 juillet 1896 à 1 heure

PAR ALFRED LEGRAND

Né à Paray-le-Monial (Saône-et-Loire), le 11 octobre 1863

DE LA

CYSTOCÈLE CRURALE

Président : M. TILLAUX, *professeur*,

Juges : MM. { TERRIER, *professeur*. TUFFIER, LEJARS, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	G. SEE. POTAIN. JACCOUD. HAYEM.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TILLAUX. BERGER. DUPLAY. LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	TARNIER. PINARD.

Professeur honoraire
M. PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA TOURETTE	NELATON	THOINOT
BAR	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	HARTMANN	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	VARNIER
BROCA	HEIM	RETTERER	WALTHER
CHANTEMESSE	LEJARS	RICARD	WEISS
CHARRIN	LETULLE	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	MARFAN		WURTZ
DELBET			

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DE LA

CYSTOCÈLE CRURALE

AVANT-PROPOS

Le dimanche 15 mars 1896, à 2 h. 1/2, j'allais rendre visite à mon ami U. Guinard, interne à l'hôpital Necker, et je le trouvai avec son collègue M. J. Escat, interne dans le même hôpital, se disposant à opérer une femme de 69 ans que l'on venait d'amener et qui présentait des symptômes de hernie crurale droite étranglée ; il m'a été donné d'assister à cette laborieuse opération dont l'observation est relatée tout au long dans ce travail ; j'apprécie d'autant plus la valeur de cette observation que j'ai pu assister à toutes les péripéties de l'intervention et à ses suites.

C'est ainsi que j'ai été amené à traiter cette question importante de la cystocèle crurale, et tout spécialement dans les cas d'intervention de hernie crurale. J'étais à

l'affût d'un sujet de thèse: le hasard m'a servi à souhait.

J'ai fait des recherches aussi minutieuses que possible pour réunir les observations publiées sur ce sujet, elles sont peu nombreuses; d'autre part, les traités les plus complets de chirurgie sont presque muets sur cette variété importante de la hernie crurale; je crois cependant qu'elle paraît digne de l'attention du chirurgien.

S'il y a peu de temps encore, la cystocèle crurale passait pour une affection « fort rare » (Guépin, 1893), les observations publiées depuis cette époque m'autorisent à réformer ce jugement, sa fréquence m'a paru suffisante pour justifier une monographie. Tandis que la cystocèle inguinale, infiniment moins rare il est vrai, a suggéré un nombre considérable de travaux et commence à être connue dans tous les points de son histoire, la hernie crurale de la vessie a été plus négligée; son étude a été faite en général en commun avec celle de la cystocèle inguinale, quelquefois séparément; néanmoins, en dépit de la valeur de ces différents travaux, le nombre des observations de cystocèle crurale publiées était trop peu considérable pour que l'on pût dès lors attribuer à cette affection les caractères étiologiques et cliniques qui la distinguent. C'est par quelques-uns de ces caractères très spéciaux que j'ai été frappé en lisant les douze observations que j'ai pu réunir, aussi je pense qu'il y a avantage à séparer l'étude de la cystocèle crurale de celle de la cystocèle inguinale récemment étudiée par L. Imbert. Je montrerai combien sont sensibles les différences qui séparent ces deux variétés de cystocèle en les opposant souvent l'une

à l'autre dans les différents chapitres de ma thèse.

En présentant ce travail, je crois avoir fait mieux qu'une revue générale ; je mets en relief la physionomie clinique de cette affection ; je vérifie quelques hypothèses sur sa pathogénie, je relève et critique les différents modes opératoires employés ou proposés et jusque-là épars dans les observations et les monographies.

Mon travail a été très facilité par les ouvrages remarquables de MM. Lejars, Jaboulay et Villard, Guépin, Demoulin, L. Imbert ; j'ai largement mis ces auteurs à contribution, ainsi que je le fais ressortir dans le cours de ma thèse.

Je dois une mention toute particulière à mon ami U. Guinard, qui m'a transmis une observation personnelle des plus intéressantes ; c'est grâce à ses conseils que j'ai pu traiter avec précision quelques-uns des côtés originaux de la question ; je l'en remercie bien cordialement.

Avant d'entreprendre ce travail, je me suis adressé à mes amis de Lyon et de Bordeaux pour les prier de me communiquer les observations inédites de cystocèle crurale qu'ils auraient pu avoir à leur disposition.

Ma thèse était achevée et j'avais le regret de n'apporter qu'une observation originale quand je reçus de mon ami Capdepon, interne à Bordeaux, juste à temps pour l'insérer, une observation de cystocèle crurale qu'il devait à l'obligeance de M. Breffeil, médecin résidant de l'hôpital Saint-André à Bordeaux.

Je lui adresse ainsi qu'à M. Breffeil, mes plus vifs remerciements.

Cette observation confirme en tous points, si ce n'est à propos des grossesses antérieures, les conclusions de ma thèse.

Vu sa date toute récente et l'heure tardive à laquelle elle m'est parvenue, je n'ai pu en tenir compte dans le cours de mon étude.

Afin qu'il n'en soit pas de même pour le lecteur, je crois devoir la placer ici : le caractère en quelque sorte typique de ce cas de cystocèle crurale sera pour mon travail la meilleure introduction et la meilleure garantie d'authenticité.

Ce dernier cas portera à 12 le nombre des observations anciennes ou inédites que j'ai pu réunir.

J'ai encore de douces obligations à remplir. Je dédie ce modeste travail à mon père, le Dr Legrand, comme témoignage de mon immense reconnaissance et de ma plus vive affection.

Je prie M. le professeur Bouchard d'agréer l'expression de ma profonde gratitude pour l'intérêt et la grande bienveillance qu'il m'a témoignés durant le cours de mes ét des.

Que M. le Dr Magnan reçoive mes meilleurs remerciements pour les services qu'il m'a rendus et les sages conseils qu'il m'a prodigués.

J'ai eu la bonne fortune en venant à Paris de trouver un ami dans la personne de M. Aimé Guinard : il n'a pas manqué une occasion de m'être agréable et utile.

Je dois une égale reconnaissance à M. Charrin pour les excellentes leçons que j'ai puisées auprès de lui et pour son aménité à mon égard.

J'adresse des remerciements tout particuliers à M. J. L. Fort qui, avec son amabilité bien connue, m'a fait profiter de son excellent enseignement.

Je n'oublierai pas mes anciens maîtres de Lyon, MM. les professeurs Ollier, Lortet, Bondet, Gayet, auxquels je suis heureux de témoigner toute ma gratitude, et qui, en souvenir des bonnes relations d'internat qu'ils avaient eu avec mon père m'ont honoré de leur bienveillance et m'ont prodigué leur magistral enseignement.

Les leçons cliniques de M. le professeur Tillaux resteront à jamais gravées dans ma mémoire ; et aujourd'hui je suis fier à juste titre de l'honneur que m'a fait cet éminent maître en acceptant la présidence de ma thèse ; je regrette de n'avoir pas à lui offrir un travail plus parfait et plus digne d'un aussi haut patronage.

OBSERVATION (M. le Dr Breffeil).

J... Françoise, 41 ans, entre à l'hôpital le 14 juin 1896 pour étranglement d'une hernie crurale droite. Pas de maladies antérieures. Cinq grossesses toutes normales: la dernière il y a 4 ans ; pas de hernieux dans la famille.

Etat général excellent, bon tempérament.

La hernie crurale en question datait d'octobre 1895.

13 juin 1896, fatigues excessives ; marche longue dans la ville, nettoyage de parquets; la hernie sort plus grosse que d'habitude et devient irréductible. Coliques violentes, vomissements alimentaires, puis bilieux.

Entrée à l'hôpital le 14 juin à 10 heures du matin. Opération à midi.

On tombe sur une petite hernie marronnée, le sac est doublé d'un abondant tissu adipeux; ouvert, il nous montre le gros intestin sain, retenu par une bride longue, ancienne, qui le fixe au fond du sac. Section et ligature de la bride; débridements multiples sur le ligament de Gimbernat en dehors du collet du sac.

Désirant faire la cure radicale, j'isole le sac herniaire des parties ambiantes; je trouve alors à sa face interne une masse donnant la sensation d'un autre sac, d'une cavité dont les deux parois glissent l'une sur l'autre.

J'avais déjà éraillé les fibres superficielles de son épaisse paroi, lorsque le grand nombre de veines dilatées et tortueuses rampant à sa surface me fit penser à la vessie; je vérifiai cette opinion par une injection d'eau boriquée dans le réservoir urinaire.

Je suturai alors pour plus de sûreté mon éraillure qui n'était point pénétrante; je réduisis la vessie ainsi que le sac herniaire que j'oblitérai à la manière ordinaire.

Pour terminer, suture de l'arcade crurale à l'aponévrose pectinéale; suture des plans superficiels.

Cette cystocèle crurale avait le volume d'une noisette, l'ensemble de la tumeur herniaire (entérocèle et cystocèle) égalait celui d'un petit œuf de poule.

Rien dans les symptômes notés et recherchés après l'opération ne permettait de supposer une hernie vésicale.

15 juin au soir. — La malade a des urines normales, sans le moindre globule sanguin.

Aujourd'hui 18 juin, la température et le pouls continuent à être normaux; le drain est retiré et la réunion par première intention paraît certaine.

P. S. — J'ai effectué dans cette kélotomie le débridement sur l'anneau sans sectionner le collet, parce que je n'ai pu engager la pulpe de mon doigt dans ce dernier. J'ai été servi par le hasard, car si j'avais débridé comme à l'ordinaire en passant entre l'intestin et le collet, j'eus infailliblement coupé la vessie.

Ce cas a été pour moi d'un excellent enseignement et à l'avenir, avant de déchirer, je m'assurerai qu'entre l'anneau et le collet il n'y a rien; ou bien je débriderai l'anneau seul, sans préjudice de la vérification de l'intestin et du sac.

HISTORIQUE

L'histoire de la cystocèle crurale date du classique mémoire de Verdier. Après bien d'autres, nous reproduisons son observation,

Observation I (Verdier).

Il y a quelques années que M. Levret m'appela pour voir une femme âgée d'environ 40 ans, affligée d'une hydropisie au bas-ventre. On aperçoit en haut de la cuisse antérieurement une tumeur dont le volume se trouvait différent, selon que la malade avait été plus ou moins de temps sans uriner. Cette circonstance donne lieu de penser que la tumeur était formée par une portion de la vessie qui s'était glissée par l'arcade crurale, et nous fûmes confirmés dans cette opinion par l'obliquité que nous reconnûmes à l'urèthre en sondant la malade ; ce conduit se tournait un peu à droite, y étant entraîné par la vessie qui se portait de ce côté-là.

M. le professeur Berger croit devoir rapprocher de l'observation précédente deux autres observations rap-

portées également par Verdier et dues l'une à de la Porte, l'autre à Simon et Levret. Guépin se montra plus circonspect :

« Ces deux cas, dit-il, nous paraissent cependant dis-« cutables en tant qu'exemple de cystocèle crurale ».

Malgré notre grand désir de réunir le plus grand nombre possible d'observations de cystocèle crurale, nous sommes obligés de convenir, après une lecture attentive, des deux observations en litige que les cas de De La Porte et de Simon et Levret ne sauraient être considérés comme tels.

Dans l'observation de De La Porte, il s'agit d'un homme de 70 ans chez lequel ce praticien « rencontra « aux deux aînes une tumeur de consistance molle et « dont le volume égalait celui d'un gros œuf de poule ». Le siège des deux tumeurs n'est pas autrement spécifié ; aujourd'hui, il est vrai, nous exigeons une plus grande rigueur anatomique ; cependant on voudra bien remarquer d'une part, que, dans bien d'autres observations de Verdier que jamais personne n'a pensé à considérer comme des exemples de hernies crurales de la vessie, celui-ci se sert du même terme *aine ;* et, manifestement dans ce cas, il s'agit de hernies inguinales ; d'autre part, Verdier distingue avec soin la hernie qui se fait « par les anneaux », de la hernie qui sort « par les arcades crurales ». Et à ce sujet, il note que les femmes sont plus sujettes à ces dernières, et il donne sa fameuse observation.

C'est immédiatement à la suite de celle-ci que Verdier place l'observation de Simon et Levret ; mais, loin de

dire comme pour sa malade que la tumeur siégeait « au haut de la cuisse », et qu'il y avait « lieu de penser que « la tumeur était formée par une portion de la vessie qui « s'était glissée sur l'arcade crurale », il dit « qu'on se « persuada aisément, par la situation des hernies, que « la vessie qui les formait était sortie par les anneaux ».

Pour ces diverses raisons, nous ne croyons devoir conserver, des observations publiées par Verdier, comme exemple authentique de cystocèle crurale, que celle rapportée plus haut.

C'est à cette observation que se bornent pendant plus de deux siècles les connaissances sur la cystocèle crurale. En 1890 seulement paraît une observation de Aüc, et celui-ci publie à ce sujet une étude d'ensemble sur les différentes variétés de cystocèle.

Il y aurait eu cependant une observation antérieure publiée en 1889; nous en retrouvons l'indication bibliographique dans le récent travail de Curtis; le nom de l'opérateur serait inconnu; le cas se trouve rapporté dans un travail de Habs. Malgré nos recherches, nous n'avons pu découvrir le texte de l'observation; l'indication de Curtis est certainement erronée. Aussi ne pouvons-nous nous empêcher de faire quelques réserves au sujet de ce cas. Ce que nous en connaissons, nous l'avons pris dans le tableau que publie Curtis à la fin de son travail.

A partir de 1890, il ne se passe plus une année sans qu'il paraisse une ou deux observations détaillées de cette affection prétendue si rare.

En 1891, Güterbock en fait connaître un troisième cas; en 1892, Otto Lanz en rapporte deux observations

nouvelles et fait à ce propos une revue générale des travaux publiés sur les cystocèles.

L'année 1893 est particulièrement féconde : M. Lejars, dans son remarquable travail, s'occupe de la blessure des cystocèles inguinales et crurales ; Schoonen publie une observation ; Demoulin fait connaître un cas de cystocèle crurale opératoire ; Guépin donne la première monographie sur ce sujet.

En 1894, nous trouvons une observation de Macready.

En mai 1895, MM. Jaboulay et Villard font paraître une consciencieuse étude sur les cystocèles inguinales et crurales ; ils apportent une observation personnelle de hernie crurale avec blessure de la vessie.

Peu de temps après (juin 1895), Curtis publie une *Revue générale sur les cystocèles et leur blessure dans les opérations de hernie.*

La dernière observation date des premiers jours de 1896, elle est due à M. U. Guinard.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans la cystocèle crurale, la portion de la vessie herniée ne représente jamais qu'une faible partie du réservoir urinaire. Nulle part, il n'est noté que l'on ait rencontré dans la hernie qui nous occupe, ainsi que dans la forme inguinale de la cystocèle la presque totalité de l'organe, ni même la moitié. C'est dans les cas où la vessie s'est rencontrée seule dans la hernie que l'on a pu le plus facilement apprécier le volume de la cystocèle. Recouverte de téguments, elle a présenté le volume d'un petit œuf de poule (Obs. III), d'un marron (Obs. VII), en somme le volume d'une hernie crurale ordinaire.

Jamais on n'a observé dans la hernie la présence des uretères.

Duret, Jaboulay et Villard, ont étudié avec un soin tout spécial les rapports de la cystocèle avec le sac herniaire, ou pour mieux dire avec le péritoine. « Dans les cystocèles, disent ces derniers auteurs, la vessie peut tantôt « faire hernie sans se coiffer d'un revêtement péritonéal « incomplet, la séreuse ne tapissant qu'une partie plus « ou moins étendue de vessie herniée; tantôt, enfin, la « vessie peut être contenue complètement dans un sac

« véritable renfermant alors le plus habituellement des « anses intestinales ou de l'épiploon. »

De là, autant de variétés que Jaboulay et Villard distinguent en :

1° Cystocèles extrapéritonéales (cystocèles sans sac séreux de Duret) ;

2° Cystocèles parapéritonéales (entéro-cystocèles avec sac séreux incomplet de Duret) ;

3° Cystocèles intrapéritonéales (tumeur herniaire avec intussusception de la vessie de Duret).

Les deux premières variétés de cystocèles sont seules observées dans la hernie crurale de la vessie.

Sur 10 cystocèles crurales opérées, on a trouvé 6 hernies parapéritonéales et 4 hernies extrapéritonéales, c'est-à-dire 60 o/o des premières contre 40 o/o des secondes, proportion plus élevée que celle accusée par L. Imbert pour les cystocèles inguinales; il trouve 26 parapéritonéales pour 10 extrapéritonéales, soit 72 o/o des premières contre 27,8 des secondes.

La vessie contenue dans la hernie ne se présente pas de la même façon, selon qu'il s'agit de l'une ou de l'autre des variétés.

Dans la cystocèle extrapéritonéale, il n'existe pas de sac ; le muscle vésical est directement en contact avec les différents plans aponévrotiques ou celluleux qu'il a refoulés devant lui en se herniant ; aussi, l'opérateur qui l'aborde après avoir divisé d'avant en arrière ces différents plans, croit-il généralement avoir sous les yeux les dernières lames celluleuses qui séparent son bistouri du sac. L'aspect de ce pseudo-sac est d'ailleurs variable :

Schoonen l'a vu sous la forme d'un « organe blanchâtre, « allongé, aminci, transparent, paraissant contenir quel- « ques gouttes de liquide ». Dans les cas d'Aüe, de Jaboulay et Villard, la ressemblance de la cystocèle avec un sac herniaire était telle que ces opérateurs n'ont pas hésité un instant à fendre la paroi du pseudo-sac qui s'offrait à eux. Jaboulay et Villard nous disent qu'ils « avaient dû couper une paroi qui était épaisse. »

Dans la cystocèle parapéritonéale, à la cystocèle ce trouve accolé un sac. Etant donnée la situation normale de la vessie par rapport à l'anneau crural, il est facile d'en déduire *a priori* la position de la vessie herniée par rapport au sac; la vessie doit se trouver en dedans et en arrière du sac : c'est, en effet, ce que l'on a observé dans tous les cas de cette variété. « La disposition habituelle est la suivante : « lorsque le sac herniaire est mis à nu, « on ne remarque tout d'abord rien de particulier; pour- « tant la dissection en est difficile du côté interne et en « arrière : il semble qu'à ce niveau la paroi du sac soit « considérablement augmentée et l'isolement des tissus se « fait mal. En effet, en ce point on a cessé de suivre la « tunique péritonéale; on est sur la paroi vésicale. » (Jaboulay et Villard).

La face antéro-externe de la cystocèle se trouve donc tapissée par la partie postéro-interne du sac. L'adhérence du sac à la paroi vésicale est variable : tantôt on ne peut par des tractions séparer ces deux organes accolées : c'est là le cas le plus fréquent; les tentatives de dissection les plus prudentes entraînent une déchirure du réservoir urinaire (Obs. IV, V, XI); tantôt au contraire, on

peut décoller le péritoine de la vessie sur une certaine étendue (Obs. X).

Le degré d'adhérence du péritoine à la cystocèle dépend sans doute de la vessie : on sait, en effet, que le péritoine facilement décollable sur les faces latérales de vessie devient de plus en plus adhérent à mesure que l'on se rapproche du sommet de la face postérieure de cet organe.

Les dimensions du sac herniaire accolé à la paroi vésicale sont des plus variables, mais dans des limites plus restreintes que pour les hernies inguinales. Otto Lanz (Obs. VI), a observé une pointe de hernie ; les autres auteurs ont vu des épiplocèles, ou des entérocèles de volume moyen.

L'aspect sous lequel se présente la cystocèle ainsi placée à la face postéro-interne du sac est très variable aussi. Tantôt on aperçoit des fibres musculaires pâles (Obs. X), tantôt un corps bleuâtre (Obs. VI); tantôt un organe arrondi, noirâtre (Obs. IV), tantôt un tissu rougeâtre, très vasculaire (Obs. XI). Otto Lanz a noté deux fois la transparence de l'organe. Schoonen la signale également dans son observation.

La paroi vésicale peut être très amincie (Obs. IV), ou avoir gardé son épaisseur normale (Obs. XI) : tantôt elle est élastique, tantôt friable et sans consistance ; d'une façon générale, il semble que les parois de la poche herniée de la vessie soient plutôt amincies ; notons d'autre part que cet amincissement des parois de la vessie n'est pas rare chez les femmes âgées.

Les organes rencontrés dans le sac qui accompagne

la cystocèle parapéritonéale sont variables; en général, le sac contient une anse intestinale; Güterbock y a trouvé que de l'épiploon : U. Guinard y a rencontré une anse d'intestin grêle et un ovaire ; Otto Lanz a ouvert un sac vide (Obs. VI).

Nous n'avons relevé aucun cas de cystocèle crurale intrapéritonéale. Cette variété déjà rare dans les hernies inguinales semble tout à fait exceptionnelle dans les hernies qui nous occupent.

Les rapports qu'affecte la cystocèle crurale avec les organes extra-péritonéaux n'offrent qu'un point digne de remarque : « La vessie herniée, dit Guépin, avec ou sans péritoine, forme une tumeur habituellement irréductible en raison des adhérences qu'elle affecte avec les tissus circumvoisins ». Nous ajouterons que c'est surtout dans les hernies extra-péritonéales que l'on a noté une réelle difficulté pour séparer la tumeur des parties environnantes.

Nous ne parlerons pas du trajet suivi par la vessie herniée; c'est le trajet des hernies crurales ordinaires.

L'existence du lipôme herniaire est loin d'être constante. Nous ne voulons pas revenir ici sur les descriptions de MM. Monod et Delagenière souvent reproduites; nous nous bornerons à relever le cas où il s'est présenté, et à noter ses caractères : Schoonen, après incision des téguments, découvre une masse graisseuse qu'il prend tout d'abord pour de l'épiploon; ce n'est qu'en déchirant cette tumeur graisseuse et en l'étalant, qu'il aperçoit au-dessous d'elle la paroi vésicale. Dans deux autres cas de cystocèle extra-péritonéale, Aüe, Jaboulay et Villard ne font mention d'aucune formation graisseuse en avant de

la vessie. Otto Lanz (Obs. V) voit apparaître un lipome sous-séreux, très adhérent au sac et dont le pédicule s'engage derrière le pubis ; le muscle vésical apparaît sous une couche graisseuse peu considérable. Dans son deuxième cas, Otto Lanz constate la présence d'un lipome en arrière du sac. Enfin, J. Escat et U. Guinard, trouvent après incision des téguments, deux petits cônes graisseux adhérents au sac, mais faciles à détacher.

Dans ces diverses observations, on retrouve les dispositions différentes du lipome herniaire relevées par Monod et Delagenière. Par contre, tout lipome faisait complètement défaut dans les cas de Güterbock et de U. Guinard.

Quelle est l'influence de l'étranglement sur la vitalité des parois vésicales herniées? Cette influence semble des plus variables. Tandis que Güterbock rencontre un organe noirâtre, à parois extrêmement minces et que J. Escat et U. Guinard, un muscle vésical très friable, dont le moindre effort détache des lambeaux, les autres auteurs ne notent aucune altération sensible de la paroi vésicale, imputable à l'étranglement (Obs. V, VII, X).

A ce propos, faisons remarquer que la cure radicale, chez des malades ayant présenté des symptômes d'étranglement, un peu particuliers, il est vrai, on a rencontré la vessie seule dans la hernie (Obs. III, VII, IX). A côté de l'étranglement simultané d'une cystocèle et d'une entérocèle associées dans une même hernie, il faut donc admettre, comme pour la cystocèle inguinale, un étranglement vésical simple.

Quand il y a étranglement, la cystocèle peut contenir

du liquide; ce semble être là le cas ordinaire; si l'on vient à blesser la vessie, il se produit au même moment un jet d'urine par la plaie. Mais la cystocèle peut être vide, et, on peut sentir en la pinçant entre deux doigts deux épaisseurs de tissu glisser l'une sur l'autre (Obs. X).

Jamais on n'a constaté comme dans la cystocèle inguinale la présence de calculs dans la cystocèle crurale.

Les autopsies de malades porteurs de cystocèle crurale étant rares, nous manquons de renseignements précis sur l'état de la partie non herniée de la vessie et des autres portions de l'appareil urinaire.

Dans les deux cas où ces constatations ont été faites, nous ne trouvons pas notée cette augmentation de la capacité du réservoir urinaire que l'on s'est complu à décrire. Les changements dans la forme et dans la direction du grand axe de la vessie sont au contraire relevés. En face d'une hernie crurale, Verdier pensa à une cystocèle, et « fut confirmé dans cette opinion par l'obliquité « qu'il reconnaît à l'urèthre, en sondant la malade; ce « conduit se tournait un peu à droite, y étant entraîné « par la vessie qui se portait de ce côté-là. »

Güterbock trouva la vessie extrêmement adhérente aux anses d'intestin voisines : J. Escat et U. Guinard ont vu la vessie déprimée sur sa partie médiane par un fibrome de l'utérus, former deux cornes latérales dont la droite avait pris part à la formation de la cystocèle.

Dans ces deux cas, les parois vésicales étaient saines, quoique très amincies chez le sujet de Güterbock. La muqueuse n'était pas altérée non plus que les uretères

ni les bassinets ; mais les reins et le foie étaient scléreux. Ces dernières lésions étaient très accentuées chez la malade de J. Escat et U. Guinard ; il y avait de plus dans ce cas un abcès de la paroi vésicale formé au point où cette paroi avait été blessée et ouverte dans le péritoine.

Dans cette dernière observation, on releva la présence d'un fibrome de l'utérus gros comme le poing, reposant par sa face antérieure, sur le sommet et la face postérieure de la vessie.

Dans celle de Güterbock, « dans la moitié gauche du « petit bassin, on trouva un abcès stercoral gros comme « une orange autour duquel les anses intestinales adhé- « raient fortement. »

Le canal qui met en communication la cystocèle et la cavité vésicale, présente des dimensions variables selon le degré de constriction de l'anneau, et les compressions qu'il subit d'autre part, du fait des affections pathologiques concommitantes (fibrome utérin). Cette déformation en canal d'une partie de la vessie peut même persister après réduction de la cystocèle. Güterbock note que le point blessé au cour de la kélotomie occupe un petit cul-de-sac dépendant de la moitié droite de la vessie.

ÉTIOLOGIE

Nous avons déjà dit que, s'il était possible, il y a quelques années, de classer la cystocèle crurale parmi les affections fort rares, il ne saurait en être encore de même aujourd'hui. Ce qui est fort rare, c'est que l'on observe une hernie crurale à propos de laquelle on pose, en dehors de tout accident, le diagnostic de cystocèle, ainsi que l'a fait Verdier; et ce qui est plus rare encore, c'est de voir les praticiens qui ont eu à traiter une semblable affection publier le fait. Nous nous refusons à admettre que Verdier ait été justement le seul à diagnostiquer une cystocèle crurale; si la chose a encore été possible avant son mémoire, elle semble tout à fait invraisemblable à partir du moment où l'attention a été d'une façon si remarquable attirée sur cette affection.

Néanmoins, nous ne connaissons aucun auteur qui, depuis 1753, ait cru devoir publier des faits semblables ; on ne peut tirer de là la conclusion qu'il n'en ait pas été observé.

Cependant, plus de cent ans après, on se met à pratiquer couramment la cure radicale des hernies aussi bien

crurales que inguinales, et en 1890, Aüe croit devoir faire connaître qu'il a blessé une vessie au cours d'une kélotomie, croyant avoir affaire à une hernie vulgaire.

L'attention une fois éveillée, les faits se multiplient tout à coup; l'intérêt n'est pas seulement dans l'observation d'un fait clinique rare, comme celui de Verdier, il est plus immédiat; on peut blesser une vessie en opérant une hernie ; c'est une observation nouvelle que chacun est jaloux de mettre en évidence, d'où le nombre croissant des observations depuis 1890. Toutefois, la blessure de la vessie et ses conséquences plus souvent moins anodines qu'on veut bien le dire, ont contribué à restreindre le nombre des observations publiées; plus d'un praticien sans doute ne s'est nullement soucié d'associer son nom à un insuccès opératoire. Nous en connaissons un exemple.

D'autre part, la cystocèle peut passer inaperçue pour des raisons d'un autre ordre : un malade se présente avec une hernie étranglée : la kélotomie est pratiquée : le malade meurt soit rapidement, dans les 24 ou 48 heures sans avoir uriné, ou plus tardivement, sans causes plausibles.

La mort est mise sur le compte de l'infection herniaire, sur le moment tardif de l'intervention, sur l'âge du malade, sur son mauvais état général; les raisons plus ou moins justifiées ne manquent pas. L'autopsie n'est pas faite, l'étranglement herniaire étant une affection banale dont l'histoire semble faite.

Cependant, nous voyons la mort arriver dans des conditions analogues dans les cas où la vessie avait été bles-

sée. Les exemples abondent dans les cas de cystocèle inguinale ; le malade de M. Polaillon meurt quelques heures après l'intervention de choc opératoire ; celui de Roux meurt le lendemain « sans avoir fait entendre une plainte ; « il n'avait pas uriné depuis l'opération » ; celui de Bœckel, « à la suite de l'opération, eût une soif considérable « avec une température de 39°, mais il ne rendit que « quelques gouttes d'urine, puis il tomba dans le délire et « succomba au bout de 48 heures avec une anurie com- « plète » ; celui de Pilz meurt d'urémie le troisième jour.

Il n'est pas douteux d'autre part qu'un chirurgien peut, au cours d'une cure radicale, blesser une vessie et terminer l'opération sans se douter de l'accident (Obs. VIII). Ce n'est que l'autopsie, trop souvent négligée, qui pourrait fournir des indications sur des cas semblables.

Remarquons que deux auteurs, Otto Lanz et U. Guinard, ont pu voir à quelques mois d'intervalle chacun deux cas de cystocèle crurale.

Dans une discussion portant sur une communication de Luescher et rapportée dans le (*Blatt. Corresp. für Schweize Aerzte*, 1er février 1894), Lanz dit même en avoir observé un troisième : nous ne croyons pas qu'il en ait publié l'observation.

Notre ami Capdepon, interne à Bordeaux, à qui nous devons la communication de l'observation de M. Breffeil, voyait pour la seconde fois, en quelques mois également, une cystocèle crurale et dans des conditions identiques.

Les raisons qui l'ont empêché de nous communiquer le premier cas ont été entièrement indépendantes de sa volonté.

Par contre, nous devons avouer que nous avons parcouru sans succès la statistique de M. le professeur Berger portant sur 10.000 cas de hernies observées au bureau central, et la statistique de Henggeler portant sur 276 hernies étranglées opérées dans la clinique de Zurich. Le même auteur résume en même temps toutes les statistiques allemandes de hernies étranglées, communiquées au Congrès de chirurgie de Berlin de 1883 et celles qui ont paru depuis : nulle part nous n'avons pu découvrir de nouveaux cas de cystocèle crurale.

Nous n'en pensons pas moins que cette affection, bien que peu fréquente, se rencontre assez souvent pour mériter toute l'attention du chirurgien, aussi bien pendant l'examen clinique qu'au cours de la kélotomie pour hernie crurale.

Quoi qu'il en soit, les observations que nous avons réunies sont assez nombreuses pour tracer de la cystocèle crurale une étiologie très particulière en plusieurs points.

Tandis que la cystocèle inguinale est dix fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme (L. Imbert), la cystocèle crurale est au contraire plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Sur les 11 cas que nous avons réunis 9 se rapportent à des femmes, 2 seulement à des hommes.

La cystocèle crurale est essentiellement une affection de l'âge adulte et de la vieillesse : nous ne connaissons aucun cas au-dessous de 28 ans ; sur nos 11 malades, l'un avait 28 ans, l'autre 30 ans, un autre 32 ans ; tous les

autres avaient dépassé 40 ans; parmi ces derniers 4 avaient dépassé 60 ans.

Tandis que dans la cystocèle inguinale le côté de la hernie paraît n'avoir aucune importance, siégeant aussi bien à droite qu'à gauche, dans la cystocèle crurale il n'en est plus de même ; fait bien digne de remarque, chez nos 11 malades la hernie siégeait à droite. Nous voilà bien loin de la statistique de Imbert où nous voyons 21 cystocèles inguinales droites se balancer exactement avec 21 cystocèles inguinales gauches.

Ces données étiologiques n'ont, à vrai dire, rien qui puisse beaucoup nous étonner ; on pouvait s'y attendre, connaissant la fréquence de la hernie crurale chez la femme 37, 2 o/o et sa rareté chez l'homme 7,2 o/o (statistique de M. le professeur Berger).

De plus, il est notoire que le côté droit est plus disposé aux hernies en général, et aux hernies crurales en particulier. Cependant les données étiologiques sur la cystocèle crurale qui ressortent des observations nous semblent typiques et bonnes à mettre en évidence.

D'ailleurs ne voyons-nous pas dans la hernie inguinale le côté droit garder sa prépondérance au point de vue de la fréquence : la hernie inguinale figurer pour le chiffre respectable de 62,8 o/o dans les hernies du sexe féminin et cependant la cystocèle inguinale être rare chez la femme, siéger indistinctement à droite et à gauche ?

Parmi les causes prédisposantes, les auteurs s'accordent pour reconnaître une influence prépondérante à la grossesse; déjà à propos de la cystocèle inguinale Imbert

fait remarquer « qu'il n'a guère trouvé que l'observation « de Verdier et celle de Reymond dans lesquelles les « accidents puissent être rattachés avec assez de certitude aux grossesses antérieures. »

Dans nos 11 observations nous n'en trouvons pas une seule dans laquelle l'auteur ait pris soin de noter les grossesses antérieures : il n'y a que l'observation de Demoulin — qui a trait, il est vrai, à un cas de cystocèle crurale opératoire — dans laquelle nous relevions 10 grossesses et 4 fausses couches. Ce point d'étiologie nécessite donc de nouvelles recherches avec des observations plus complètes.

Par contre, nous notons que les affections du petit bassin sont nombreuses : la malade de Verdier était atteinte « d'une hydropisie du bas-ventre »; celle de Jaboulay et Villard « n'avait eu pour toute maladie pelvienne, « qu'une hématocèle; l'apparition de la hernie avait suc- « cédé à l'hématocèle. » A l'autopsie de l'opérée de Güterbock « dans la moitié gauche du petit bassin, on trouve « un abcès stercoral gros comme une orange »; et à celle de J. Escat et U. Guinard « un fibrome de l'uté- « rus gros comme le poing, appliqué sur le sommet de « la vessie et déprimant cet organe. ».

Inutile de faire remarquer que dans les autres cas, l'exploration du petit bassin n'avait pas été faite; cet examen ne se pratiquant pas généralement chez les malades ne présentant qu'une hernie crurale.

La coïncidence d'une affection vésicale antérieure ou concomitante est couramment notée pour les cystocèles inguinales; l'affection a généralement abouti à une dis-

tension ; pour la cystocèle crurale, nous ne trouvons nulle part que la vessie ait été trouvée augmentée de volume.

La malade de Aüe cependant était atteinte de rétention d'urine chronique sous l'influence d'une myélite transverse de vieille date. En dehors de cette observation, nous n'avons pas relevé de modification spéciale de l'état général pouvant exercer une influence prédisposante bien manifeste.

Comme cause prédisposante nous trouvons l'effort noté deux fois ; le malade de Schoonen, atteint d'une forte bronchite asthmatique avec emphysème pulmonaire, éprouve en enlevant ses souliers une douleur vive et subite au niveau de l'aine ; celui de Aüe voit sortir sa vessie chaque fois que la constipation chronique dont il est atteint l'oblige à des efforts.

PATHOGENIE

Notre intention n'est pas de reprendre dans ce chapitre la discussion complète des théories émises jusqu'à ce jour sur la cystocèle en général.

Ces diverses théories ont, tout récemment encore, été exposées et critiquées d'une façon remarquable dans le travail de L. Imbert. Tout en les exposant dans ce qu'elles ont de plus essentiel, nous nous attacherons à mettre en lumière ce qui a trait spécialement à la cystocèle crurale.

A l'exemple de L. Imbert, nous étudierons d'abord la pathogénie de la cystocèle crurale en général, puis la pathogénie de chacune de ses variétés.

Nous ne parlerions pas de l'origine congénitale de la cystocèle si cette notion pathogénique émise dès 1713, par Méry, n'avait été reprise en 1890 par Bourbon sous le patronnage de M. Lucas-Championnière. Ces auteurs, il est vrai, se placent surtout au point de vue de la hernie inguinale : néanmoins, l'hypothèse vaut la peine d'entrer au moins en ligne de compte dans le mode de formation de la cystocèle crurale. Notons tout de suite que les observations sont muettes sur ce point ; nous ne connaissons aucun cas de la hernie crurale de la vessie au-

dessous de 28 ans; seul, le malade de Aüe portait sa hernie depuis l'âge de 16 ans.

Les hernies crurales sont d'ailleurs très rares au-dessous de dix ans; il est exceptionnel qu'elles apparaissent dans les premières années de la vie. On a cependant observé un exemple de hernie crurale chez un fœtus présenté en 1856, à la Société anatomique (M. le professeur Berger).

La congénitalité de la cystocèle crurale nous paraît tout à fait invraisemblable.

Cependant certaines dispositions congénitales de la vessie préparent l'issue de ce viscère par l'anneau crural, le droit spécialement.

« L'axe de la vessie, dit M. Paul Delbet, n'est pas tou-
« jours dans un plan antéro-postérieur, régulièrement
« vertical;... Celse avait déjà remarqué que, tandis que la
« partie inférieure de la vessie s'incline à gauche, la par-
« tie supérieure s'incline *ordinairement à droite;* cette
« disposition a été vérifiée depuis par Falconnet, Tarin,
« Düchner et enfin par Treyeran . Cruveilhier et Sappey
« ne l'ont pas retrouvée. Hyrth et Henle l'ont au con-
« traire constatée ; et M. le professeur Guyon a vu la
« vessie distendue s'incliner à droite. Il a même fait re-
« marquer que la disposition de la vessie plus élevée
« sur la partie latérale que sur la ligne médiane, expose
« à des erreurs et peut faire prendre la vessie pour une
« tumeur. »

Le fait, ordinairement passé sous silence par les anatomistes et sur lequel Paul Delbet attire ainsi l'attention, nous explique la grande fréquence de la cystocèle crurale

à droite. Pour être exact, ajoutons que la déviation du sommet de la vessie peut également se faire à gauche de la ligne médiane ; Delbet constate que cette déviation est infiniment moins fréquente que la précédente :

« A côté de ces déviations, dit-il, il faut signaler l'a-
« symétrie de la vessie. Elle est rare chez l'homme,
« ordinaire chez la femme. Sur 35 femmes, Barkow a
« trouvé la vessie asymétrique 31 fois, et dans 21 cas
« cette asymétrie était notable. L'asymétrie est, le plus
« souvent, consécutive et d'ordre pathologique. Quelque-
« fois aussi elle est congénitale et peut atteindre toute
« une moitié de la vessie. »

Il est encore de notion courante que la vessie de la femme présente dans son ensemble des dimensions transversales plus considérables que la vessie de l'homme. De nombreux auteurs ont signalé cette disposition : ce sont Treyeran, Guérin, Henle, Krause, Barkow, Luschka, Hoffmann, Pansch, Haller, Montfalcon, la croyaient due à des grossesses antérieures ; mais Barkow a vu des vessies larges chez des femmes n'ayant pas eu d'enfants et aussi chez des hommes (Paul Delbet).

Cette disposition normale à elle seule peut prédisposer à la cystocèle, et surtout à la cystocèle crurale à cause de la proximité plus grande de l'orifice du canal crural.

Si, à cette déviation, ordinairement à droite, de l'axe de la vessie, à cette asymétrie fréquente surtout chez la femme, à la prépondérance des dimensions transversales de la vessie dans ce sexe, nous ajoutons avec Guépin une certaine faiblesse originelle des tissus qui oblitèrent

le canal crural, nous aurons, croyons-nous, accordé à la congénitalité tout ce qui lui revient.

L'examen de nos observations nous fait apparaître clairement la faible influence du lipome herniaire sur la production de la cystocèle crurale. Six fois sur dix, il faisait complètement défaut. On sait d'ailleurs quelles divergences existent sur l'interprétation du rôle que joue cette formation graisseuse. Tandis que Monod et Delagénière font de la lipocèle un organe de fixation de la vessie à l'anneau, une sorte d'amorce pour la hernie de la vessie, au contraire, Jaboulay et Villard comprennent le lipome prévésical comme un tissu favorisant le glissement du réservoir urinaire.

Les faits sont encore insuffisants pour permettre de prendre parti pour l'une ou l'autre de ces opinions; nous sommes assez disposés à croire que l'une et l'autre sont valables dans certains cas particuliers sur lesquels nous reviendrons plus tard; mais l'inconstance même de la lipocèle nous oblige à n'attribuer tout au plus qu'une influence favorisante à cette formation graisseuse quand elle existe.

En cela nous nous rangeons à l'avis de Treyeran d'Hedrich et de L. Imbert.

Chez l'homme les causes qui prédisposent à la cystocèle crurale sont sans doute les mêmes que celles qui prédisposent à la hernie inguinale de la vessie, c'est-à-dire le prostatisme avec ses conséquences : la distension vésicale qui met les parois de la vessie en rapport avec les orifices herniaires; le défaut de contractilité du muscle vésical qui laisse persister ces rapports anormaux.

Nos deux observations de cystocèle crurale chez l'homme ne donnent aucun renseignement sur l'état de l'appareil urinaire des malades.

C'est spécialement chez la femme que nous devons étudier les conditions qui prédisposent à la cystocèle crurale.

Depuis longtemps on a incriminé l'influence de la grossesse : Petit (1717), Verdier, Jaboulay et Villard ont accumulé les arguments anatomiques et physiologiques pour mettre cette influence en lumière.

L'utérus gravide étale le réservoir urinaire au-devant des anneaux inguinaux et cruraux, le déforme et tend à l'engager par compression au niveau de ces orifices.

De plus, la grossesse favorise la distension vésicale par gêne de la miction, oblige, par le fait même de cette gêne, la femme enceinte à des efforts intempestifs, relâche les parois abdominales.

Enfin, si la vessie vient se mettre en rapport avec l'orifice d'un sac déshabité comme il s'en rencontre assez fréquemment pendant la grossesse, les conditions seront au maximum favorables à la production d'une cystocèle.

Nous sommes ainsi ramené aux conditions étiologiques de la cystocèle chez les prostatiques ; dilatation du réservoir urinaire, séjour prolongé de la paroi vésicale au-devant des orifices herniaires. La cause première de ces dispositions pathologiques seule est différente ; ce n'est plus le prostatisme, c'est la grossesse qui les provoque.

En dépit des conditions excellentes pour la production de la cystocèle que fournit la grossesse, nous n'avons pu relever un seul cas où il fût seulement probable que la

hernie remontât à une grossesse ; nous savons bien que les antécédents n'ont pas été notés avec soin dans toutes les observations, à ce point de vue particulier. Cependant, si comme dans le cas de Demoulin, cas qui avait trait à une cystocèle opératoire, la malade avait accusé dix grossesses antérieures avec quatre fausses couches, ce détail ne serait pas passé inaperçu; Imbert de son côté ne trouve pour la cystocèle inguinale que deux observations, celle de Verdier et celle de Reymond « dans « lesquelles les accidents puissent être rattachés avec « assez de certitude aux grossesses antérieures. »

Aussi, malgré l'excellence des raisons qui plaident en faveur de l'influence de la grossesse sur la cystocèle crurale, nous attendrons pour conclure en faveur de cette condition étiologique, des observations plus nombreuses et surtout plus complètes.

Au moment de soumettre notre thèse à la signature de M. le professeur Tillaux, notre ami, H. Capdepon, interne à Bordeaux, nous communique une remarquable observation de M. le Dr Breffeil médecin résidant de l'hôpital Saint-André à Bordeaux, datant du 14 juin dernier. Dans cette observation nous trouvons notées cinq grossesses antérieures toutes normales, la dernière remontant à 4 ans ; la hernie était apparue en octobre 1895, c'est-à-dire un peu plus de deux ans après la dernière grossesse. Nous sommes heureux d'enregistrer la première observation de cystocèle crurale dans laquelle l'influence de la grossesse, si elle n'est pas absolument certaine, est au moins fort probable.

Les observations que nous possédons nous permettent

au contraire d'être plus affirmatif au sujet de l'influence des tumeurs du petit bassin sur la production de la cystocèle crurale.

Nous avons vu à propos de l'étiologie, que dans un cas une malade était atteinte d'une hydropisie du bas-ventre, une autre d'un abcès stercoral occupant la moitié gauche du petit bassin, une troisième d'une hématocèle pelvienne, une dernière enfin d'un fibrome utérin.

Rapprochons de ces quatre faits celui de Lejars dont la malade, qui était atteinte d'une cystocèle inguinale, présentait un fibrome du fond de l'utérus facile à délimiter au-dessus du pubis, et nous serons à même d'affirmer que si l'influence de la grossesse est encore à démontrer par des faits, il n'en est plus de même en ce qui concerne les tumeurs pelviennes, quelle que soit leur nature.

Est-il d'ailleurs nécessaire d'admettre chez la femme l'augmentation de volume de la vessie pour la formation d'une cystocèle crurale ? D'abord, cette augmentation de volume gratuitement admise, n'a été notée par aucun auteur ; en outre, nous croyons que le refoulement de la vessie par les tumeurs et la déformation de celle-ci, suffisent amplement à favoriser sa hernie : le canal crural situé à deux centimètres environ en dessous et en dedans de l'orifice interne du canal inguinal est parfaitement accessible à une vessie de capacité normale mais déplacée ou déformée.

A toutes les circonstances qui prédisposent à la cystocèle crurale et ne relèvent que de la forme et des rapports de la vessie, il faut ajouter les causes prédisposantes qui sont en relation avec la forme, la situation, la ré-

sistance des anneaux et qui sont communes à toutes les hernies.

Verdier ne met pas en doute l'influence du décubitus habituel sur un côté plutôt que sur l'autre. On n'accorde généralement que peu de crédit à cette opinion ; on en a cependant soutenu beaucoup de plus invraisemblables.

« Il est bon de remarquer, dit Verdier, que la dilata-
« tion de l'anneau que j'ai dit être nécessaire pour facili-
« ter le passage d'une portion de la vessie, peut être
« l'effet de l'habitude du malade à se tenir couché plutôt
« d'un côté que de l'autre ; car dans cette situation du
« corps, les muscles du bas-ventre et les anneaux sont
« relâchés, le tronc et les cuisses se trouvant ordinaire-
« ment dans un état de flexion. On ne doit donc pas s'é-
« tonner si l'on voit en général les hernies se former plus
« souvent du côté sur lequel on est plus souvent dans
« l'habitude de se tenir couché. Il en arrivera de même
« de la vessie dont les parois sont supposées minces,
« affaissées, distendues. On conçoit en effet que cette po-
« che urinaire dans cette disposition se portera sur l'an-
« neau où elle trouve moins de résistance, lorsqu'on est
« couché sur le côté ; elle pourra donc aisément le dilater
« peu à peu en s'y enfonçant et avec d'autant plus de fa-
« cilité qu'alors tous les viscères du bas-ventre la pres-
« sent de ce côté, et que l'urine qui y pénètre continuel-
« lement est un nouveau poids qui augmente la disposi-
« tion de cette poche membraneuse à entrer dans l'an-
« neau ; ces circonstances réunies sont autant de causes
« qui déterminent la hernie de la vessie à se former plu-
« tôt d'un côté que de l'autre. »

Les causes qui déterminent l'issue de la vessie sont là, comme pour toutes les hernies, l'augmentation de la pression abdominale due, soit à la présence de tumeurs, soit à un effort subit (Obs. III et VII).

C'est là, croyons-nous, le lieu de parler d'une variété spéciale de cystocèle crurale où on provoque en quelque sorte la hernie de la vessie ; nous voulons parler de la cystocèle opératoire décrite pour la première fois par Picquet.

Elle se produit dans les circonstances suivantes : l'opérateur pratiquant la cure radicale d'une hernie banale, dissèque le sac jusqu'au collet ; arrivé là, il exerce des tractions sur le sac pour amener dans la plaie les portions du péritoine qui avoisinent le collet, et poser sur elles une ligature.

Pendant ces tractions, on voit apparaître sur le côté interne du sac une petite masse dont le volume s'accroît à mesure que l'on exerce des tractions plus énergiques : c'est la vessie qui est ainsi attirée en même temps que le péritoine auquel elle adhère solidement par son sommet, assez faiblement par ses faces postérieures et latérales. L'opérateur produit une cystocèle para péritonéale opératoire.

Demoulin a rapporté une observation remarquable de cette variété de cystocèle, recueillie au cours d'une cure radicale de hernie crurale (Obs. XII).

Le second cas de Otto Lanz présente ceci de curieux, qu'il s'agit peut-être d'une cystocèle crurale préparée par une cure radicale du même côté pratiquée, cinq ans aupa-

ravant ; ce serait en quelque sorte une cystocèle post-opératoire.

Nous passons maintenant aux conditions pathogéniques de chacune des variétés de cystocèle crurale.

La cystocèle extra-péritonéale semble plus fréquente dans les hernies crurales que dans les hernies inguinales. La situation de l'anneau crural plus rapproché de la portion des parois vésicales non revêtues de péritoine rendrait assez bien compte de ce fait.

En outre, les deux seuls cas de cystocèle crurale relatifs à des hommes se rapportent à des hernies extra-péritonéales ; devons-nous dire qu'il y avait dilatation de la vessie, et par suite, accroissement d'étendue des portions de la vessie dépourvues de péritoine ? Nous avons dit que les observations sont muettes au sujet de l'état des organes urinaires de ces malades.

Dans un de ces cas, l'influence de la graisse prévésicale comme organe de glissement nous paraît certaine : le malade de Schoonen, rentré chez lui après une rude journée de travail, éprouve, en enlevant ses souliers, une douleur vive et subite au niveau de l'aine droite. Pour la première fois, le malade constate en cet endroit, une tumeur pour laquelle, deux jours plus tard il entrait à l'hôpital.

L'opération montra que la hernie était formée par une masse graisseuse dans l'épaisseur de laquelle se cachait la vessie.

Les cystocèles extra-péritonéales sont évidemment des cystocèles primitives, c'est-à-dire non engagées dans un trajet préexistant, déjà creusé par une entérocèle ou

une épiplocèle ; elles se frayent elles-mêmes un passage dans le canal crural.

Le mode de formation de la cystocèle para-péritonéale a donné lieu à de nombreuses controverses. N'est-ce pas par un mécanisme analogue à celui de la cystocèle opératoire que se fait la hernie para-péritonéale ? Il va sans dire que, dans ce cas, la main du chirurgien qui exerce des tractions sur le sac herniaire et entraîne la vessie serait remplacée par les anses intestinales ou l'épiploon engagé dans le sac et exerçant sur lui une poussée continue de dedans en dehors, tendant ainsi à l'accroissement progressif de la vessie.

C'est là la hernie par glissement de Verdier. Jaboulay et Villard pensent que le péritoine ainsi attiré par le sac herniaire n'entraîne pas immédiatement la vessie, mais se décolle des faces latérales de cet organe à la faveur de la graisse prévésicale ; ce n'est que lorsque la zone décollable est franchie, que la vessie est entraînée dans la hernie par le péritoine qui lui adhère solidement.

La hernie para-péritonéale n'est-elle pas au contraire une cystocèle primitive ? C'est l'opinion de Monod et Delagénière.

On conçoit en effet qu'une cystocèle, extra-péritonéale d'abord, puisse, en s'accroissant, entraîner dans la hernie une partie de son revêtement séreux, donnant ainsi naissance, et d'une manière secondaire, à un sac herniaire, où pourra descendre ou bien une anse intestinale ou bien de l'épiploon.

Ce mode pathogénique considéré comme général et absolu par Monod et Delagénière a été souvent combattu

par Kronlein, Leroux, Picquet, Jaboulay et Villard. Il semble qu'il soit à rejeter dans la majorité des cas, étant donnée la prédominance de volume du sac herniaire sur celui de la cystocèle.

Quant aux arguments tirés de l'observation, ils font absolument défaut. On comprend toute la difficulté de semblables constatations.

Nous avons vu que la cystocèle intra-pénitonéale n'avait pas été observée dans la hernie crurale. Nous nous bornerons à rapprocher de l'absence de la portion intra-péritonéale, c'est-à-dire de la portion supérieure de la vessie dans les hernies, la fréquence relative de l'issue de portion extra-péritonéale, celle qui est le plus rapprochée du col.

Rappelons que les tumeurs du petit bassin tandis qu'elles étalent la partie antéro-latérale de la vessie, écrasent son sommet et sa face postérieure.

SYMPTOMATOLOGIE

L'étude des symptômes de la cystocèle crurale, a été faite d'une façon très complète par Guépin : aussi devrons-nous pour écrire ce chapitre faire de larges emprunts à cet auteur.

Tandis que pour la cystocèle inguinale on peut tracer un tableau symptomatologique en dehors de toute complication, à cause du nombre déjà considérable de cas, il est difficile d'en faire autant en ce qui concerne la cystocèle crurale.

Verdier seul a pu voir et diagnostiquer une cystocèle crurale en dehors de tout accident et de toute intervention.

Néanmoins, aux signes constatés par cet auteur, nous nous croyons autorisé à en ajouter d'autres que l'on a constatés dans des cas correspondants de cystocèle inguinale : l'on verra, en effet, qu'il y a toute une série de symptômes qui peuvent évidemment se rencontrer dans l'une et l'autre variété de cystocèle.

Les signes subjectifs sont des plus vagues ; la malade d'Otto Lanz, longtemps après la guérison, se rappelle qu'elle avait eu autrefois des envies fréquentes d'uriner,

de l'incontinence pendant des accès de toux. De cette absence de souvenir chez la malade, il faut conclure que la cystocèle crurale est presque indolente pendant son évolution.

Les signes fonctionnels sont plus précis : l'un d'entre eux acquiert une haute valeur quand il existe : c'est la *miction en deux temps* ; dans le premier temps, le malade vide sa vessie intra-abdominale, dans le second, la partie herniée de la vessie. Malheureusement ce signe si particulier semble loin d'être constant.

Le second temps de la miction peut se produire spontanément : il peut être provoqué par des pressions exercées sur la hernie, par la position prise par le malade.

Il semble que l'incontinence doive être plus fréquente que la rétention ; l'un ou l'autre de ces troubles se rencontre assez souvent ; ils n'ont d'intérêt qu'autant qu'ils coexistent avec une tumeur herniaire et appellent l'attention du malade et du praticien sur la vessie.

L'urine ne subit pas de modification sensible : Otto Lanz (Obs. VI) est le seul qui ait noté l'état trouble de l'urine.

L'incontinence, la rétention, les altérations de l'urine semblent plutôt relever d'une affection concommitante de l'appareil urinaire.

L'inspection du malade fait constater dans l'aine la présence d'une tumeur qui rappelle une hernie crurale ordinaire. Nous manquons de données pour parler de réductibilité de cette tumeur quand il s'agit d'une cystocèle crurale : elle passe pour être ordinairement irréductible;

cependant il faut connaître deux causes d'erreur ; il peut y avoir fausse réduction :

1° Par le fait du refoulement du liquide de la partie herniée dans la partie intra-abdominale de la vessie ;

2° Par le fait de la réduction d'une anse intestinale ou d'une masse épiploïque associée à la vessie dans la hernie. Si la cystocèle supposée irréductible a un certain volume, il persistera à la partie interne de la tumeur herniaire une masse mollasse plus ou moins perceptible à la palpation ; si son volume est faible, on ne percevra rien et on croira à une réduction complète.

La tumeur est molle au toucher, quelquefois fluctuante, mais sa consistance varie naturellement selon qu'il y a en même temps dans la hernie une anse intestinale ou de l'épiploon.

L'expansion s'observe quelquefois pendant les efforts et la toux, une certaine quantité de liquide contenu dans la partie intra-abdominale de la vessie passant dans la cystocèle ; ce symptôme peut se manifester même quand la portion herniée de la vessie n'est pas en totalité réductible.

Cependant il faut se rappeler que l'on a vu une injection poussée dans la vessie ne pas distendre la cystocèle.

La tumeur est mate à la percussion, à moins qu'une anse intestinale ne participe à la formation de la hernie.

Le cathétérisme peut donner des indications à la condition d'être fait avec un instrument métallique. Verdier a senti ainsi l'urèthre dévié du côté de la cystocèle. Mais

ce serait une illusion que d'espérer pouvoir toujours faire pénétrer le bec de l'instrument dans la cystocèle. Même quand l'orifice de communication entre les deux parties de la vessie est largement ouvert, on n'y parvient pas le plus souvent.

Une sonde flexible pénètre sans doute plus facilement dans la poche herniée, mais elle ne peut fournir aucun renseignement sur la direction qu'elle prend à l'intérieur de l'organe.

L'injection d'une certaine quantité de liquide dans la vessie, dans le but de distendre la cystocèle, ne donne pas de résultats plus constants que le cathétérisme; mais dans des cas favorables, elle peut en donner de plus concluants.

L'évolution de la cystocèle est essentiellement lente.

La plupart des malades de notre statistique étaient affligés de leur hernie depuis de longues années.

Pour ne parler d'abord que de ceux dont la cystocèle était primitive, nous voyons celui de Aüe présenter cette affection depuis 31 ans, la malade de Jaboulay et Villard depuis 7 ans. Dans les autres cas, celui de Schoonen excepté, la date d'apparition de la hernie variait entre 3 et 30 ans; mais il est impossible de préciser le moment où la vessie a contribué à la formation de la hernie.

La cystocèle crurale n'est pas douloureuse en temps ordinaire, les malades n'en sont nullement incommodés, ou bien les troubles sont si légers qu'ils n'attirent pas leur attention.

Le volume de la hernie ne semble pas augmenter sen-

siblement avec les années, mais il peut varier selon le degré de replétion de la vessie (Verdier).

Cependant l'évolution silencieuse de la cystocèle crurale peut être compliquée d'accidents qui aboutissent tôt ou tard à l'étranglement, et c'est dans ces conditions que les malades se présentent au praticien.

C'est ainsi que se sont passées les choses dans toutes nos observations (celles de Verdier et de Lanz exceptées).

L'étranglement de la cystocèle peut d'ailleurs se présenter avec des symptômes un peu différents, selon qu'il s'agit d'une cystocèle simple ou d'une entérocèle.

Quand il s'agit d'une entérocèle étranglée, ce qui domine, ce sont les signes de l'étranglement intestinal : sonorité plus ou moins nette de la hernie, arrêt absolu des matières et des gaz, vomissements fécaloïdes, refroidissement des extrémités, état général mauvais. Les signes vésicaux manquent ou passent inaperçus, tant ils sont peu marqués ; il faut questionner le malade avec soin pour découvrir par exemple que celui-ci a des envies d'uriner plus fréquentes qu'en temps ordinaire (Obs. X).

Dans quelques observations, il semble que la présence de la vessie dans la hernie ait contribué à rendre moins rapide l'évolution de l'étranglement (Obs. V, XI).

La cystocèle simple étranglée, moins fréquente que la forme précédente qui représente le cas le plus ordinaire, a une symptomatologie un peu différente : il s'agit d'un véritable étranglement vésical dont les auteurs (Guépin et L. Imbert en particulier) se sont attachés, depuis Petit et Verdier, à dégager les signes particuliers.

C'est, naturellement, dans les cas de cystocèle extrapéritonéale que l'étranglement vésical a pu être observé dans toute sa pureté ; c'est d'après les cas de Aüe et de Schoonen que nous le décrirons.

L'étranglement de la cystocèle peut, comme pour les hernies intestinales, s'établir de deux façons : ou bien il se fait sur une cystocèle existant depuis déjà longtemps (Obs. III), ou bien la cystocèle s'étrangle au moment même de sa formation ; c'est la cystocèle étranglée d'emblée (Obs. VII).

L'effort semble jouer un rôle considérable dans la genèse de l'étranglement ; le malade de Aüe, sujet à des crises de constipation opiniâtre, eut sa hernie étranglée au cours de ses efforts ; le malade de Schoonen, en quittant ses chaussures, ressentit une douleur dans l'aîne et fut pris des premiers symptômes de l'étranglement.

Localement, les signes sont ceux de l'entérocèle crurale étranglée ; la tumeur est irréductible ; le taxis sous le chloroforme ne peut la faire rentrer (Obs. VII) ; elle est plus volumineuse que d'habitude, tendue ou mollasse, douloureuse ou indolore.

Nous n'avons pu noter la difficulté de la miction relevée dans la cystocèle inguinale étranglée.

Les troubles généraux semblent ne jamais manquer : leur intensité est variable. Les vomissements sont plutôt tardifs ; ils sont alimentaires et bilieux : le malade a des éructations fréquentes et des nausées (Obs. IV), si les vomissements tardent à se manifester ; ils sont aussi quelquefois fécaloïdes (Obs. III).

La constipation est absolue, mais l'émission des gaz

persiste. Le ventre est toujours ballonné, sonore, sensible à la pression, moins toutefois que dans l'étranglement intestinal.

L'état général est mauvais; le pouls petit, filiforme même; la faiblesse voisine du collapsus (Obs. III). Pas d'élévation thermique. D'après Petit, le hoquet précéderait le vomissement dans l'entérocèle étranglée, tandis qu'il n'apparaîtrait qu'après lui dans la cystocèle : le même auteur avait déjà noté que « dans les hernies de la vessie avec étranglement, le vomissement est rare, peu abondant, ne survenant que tardivement. »

Nos observations, comme celles de Guépin, ne nous permettent pas de porter un jugement sur l'avenir d'une cystocèle étranglée non opérée.

Le même auteur recherche l'interprétation des troubles généraux observés dans ces circonstances : « faut-« il voir une simple action nerveuse ? faut-il songer à une « intoxication ? Si l'on se rattachait à cette dernière hypo-« thèse il faudrait admettre que l'urine stagnant dans la « paroi vésicale herniée a détruit peu à peu l'épithélium « du réservoir urinaire; et, comme seul, il empêche les « phénomènes de résorption, sa destruction aura pour « conséquence de permettre à l'urine, même aseptique, « de pénétrer dans les vaisseaux : alors empoisonnement « urineux. »

Nous nous contenterons de signaler l'analogie qui existe entre les symptômes de la cystocèle étranglée et ceux que l'on rencontre dans l'étranglement d'une épiplocèle ou d'un sac herniaire déshabité (Obs. XII).

Les symptômes d'étranglement que nous venons de

décrire, ne s'observent pas seulement dans les cystocèles extra-péritonéales, mais aussi dans la variété péritonéale; tel était le cas du malade de Güterbock; et cependant nous avons évité pour leur description de nous appuyer sur cette observation : c'est qu'en effet, pendant l'opération, on trouva en même temps que la vessie une épiplocèle étranglée.

A côté des observations nettes d'étranglement vésical, il existe toute une série de faits qui se rapprochent de l'étranglement, mais ne peuvent être regardées comme se rapportant à des cystocèles étranglées. Le cas le plus typique est celui de la malade de Jaboulay et Villard : deux fois, et seulement pendant les deux mois « qui précédèrent l'intervention, il y eut des coliques « violentes qui firent songer à de l'étranglement. Mais « ces phénomènes existaient au repos. Une nuit, un chi- « rurgien appelé pour l'opérer, arrive quand les dou- « leurs étaient finies, sans que la grosseur ait disparu. »

Le malade d'Aüe, pendant les périodes de constipation voyait grossir sa hernie, et avait fréquemment des nausées et des vomissements.

Il est impossible de ne pas rapprocher ces symptômes de ceux de l'engouement d'une hernie intestinale; cet engouement vésical aboutit d'ailleurs à l'étranglement complet comme cela arriva aux malades de Aüe et de Güterbock.

Sue, en 1749, avait déjà observé cet engouement chez un homme de 70 ans porteur d'une cystocèle inguinale gauche; l'évacuation de la vessie fit cesser tous les accidents.

Follin et Duplay conservent cette notion de l'engouement ; ils expliquent cet accident par l'oblitération temporaire de l'orifice par des matières muqueuses ou calcaires ; ils lui assignent les caractères suivants : augmentation de tension de la tumeur herniaire, irréductibilité, impossibilité de provoquer le besoin d'uriner en pressant sur le sac.

Nous ne voulons pas discuter ici la pathogénie de cet accident ; nous nous bornons à constater son existence bien réelle ; nous croyons que, si l'on peut opposer l'étranglement vésical à l'étranglement intestinal, on peut aussi, à côté de l'engouement d'une hernie intestinale, faire une place à l'engouement vésical.

En résumé, on voit que, malgré la riche symptomatologie qu'on s'est plu à attribuer à la cystocéle (Lejars), les symptômes de cette affection sont des plus vagues dans la grande majorité des cas.

DIAGNOSTIC

La fréquence des blessures de la vessie herniée a donné à ce chapitre une importance considérable.

Rien n'est plus simple que de porter le diagnostic exact dans des conditions semblables à celles où s'est trouvé Verdier : quand un malade présente dans l'aîne une tumeur indolente dont le volume et la tension varient avec les différents états de la vessie ; quand la miction se fait en deux temps ; quand enfin la pression sur la poche herniée provoque des envies d'uriner, ou une nouvelle miction, alors que la vessie venait d'être vidée, le doute n'est pas possible ; le malade porte le diagnostic de son affection : il ne reste plus au praticien qu'à en déterminer le siège et les caractères.

Mais, en général, les choses ne se passent pas ainsi, dans les cas de cystocèle crurale du moins ; le chirurgien se trouve en présence d'un malade qui vient lui demander de pratiquer la cure radicale d'une hernie qui le gêne ou l'inquiète ; plus souvent encore le chirurgien sera mandé en toute hâte auprès d'un malade qui présente des symptômes d'étranglement herniaire. L'examen du malade révèle quelquefois des cas un peu anormaux,

mais le plus souvent aucun symptôme saillant n'attire l'attention du chirurgien sur la cystocèle. Celui-ci opère, découvre la vessie, reconnaît ou non la nature de l'organe, l'épargne quelquefois, la blesse le plus souvent : il arrive même parfois que ce n'est qu'après l'intervention que l'opérateur constate qu'il a blessé la vessie.

C'est bien là ce que nous apprennent nos observations. Ce diagnostic qui a échappé tant de fois aux chirurgiens est donc bien délicat.

Aussi nous proposons-nous d'étudier les signes qui permettront de poser ce diagnostic avant, pendant et après l'opération.

Nous examinerons d'abord le cas d'une cystocèle non étranglée : la tumeur qu'examine le chirurgien est lisse, régulière, molle, contenant un liquide ; par la pression son volume diminue et le liquide est refoulé dans l'abdomen ; cela ressemble à un kyste herniaire déshabité (Obs. IX).

Ou bien la tumeur est sensiblement formée de deux parties : l'une se réduit, l'autre irréductible, « qui reste là comme un gâteau épais en dedans du sac » (Lejars) ; on croit à une hernie contenant de l'intestin grêle ou de l'épiploon associé à une portion adhérente du gros intestin (Obs. IV).

Dans ces deux cas il faut se méfier d'une cystocèle et diriger son examen dans ce sens.

On cherchera d'abord les signes fonctionnels : nous avons vu qu'ils manquent le plus souvent ; on passera donc sans s'attarder aux explorations directes.

Le cathétérisme, avec un instrument métallique donne

des renseignements souvent précieux (Verdier), le plus souvent nuls.

L'injection d'une certaine quantité d'eau dans la vessie, suffit à lever tous les doutes quand on sent en même temps le liquide passer dans la hernie ; malheureusement, cette manœuvre est loin de donner des résultats constants ; néanmoins, quand elle réussit, elle fournit un signe de certitude. On devra donc la rechercher avec insistance (Lejars) avec patience surtout.

Nous pensons qu'il en est de ces deux poches vésicales comme de ces abcès profonds biloculaires : le passage du liquide d'une poche à l'autre échappe à un examen rapide ; on le constate cependant, quand, patiemment, on a soutenu pendant plusieurs minutes, une pression constante sur l'une des poches.

Si toutes les manœuvres pratiquées dans le but d'acquérir la certitude ont échoué, il ne doit pas moins en rester au chirurgien un soupçon dont bénéficiera le malade ; ainsi que l'a fort justement fait ressortir Bourbon, pour éviter la blessure de la vessie pendant l'opération, il ne suffit pas de savoir qu'on va rencontrer la vessie, il suffit de penser qu'on *pourra* la rencontrer.

Que dire des cas où la tumeur herniaire est toute entière réductible ? La malade de Macready était, à son dire, dans ce cas, avant l'étranglement de la hernie. A moins d'un examen approfondi, pratiqué méthodiquement par le chirurgien, dans tous les cas de hernie réductible, quelle que soit la banalité apparente de cette hernie, aucun soupçon ne sera éveillé dans l'esprit de celui-ci : il passera à côté du diagnostic.

Les cystocèles réductibles passent, heureusement pour être exceptionnelles.

Quand la hernie est toute entière irréductible on rentre dans le cas des hernies étranglées : c'est de ce cas dont nous allons maintenant nous occuper.

Là, il ne peut être question d'exploration directe portant sur la vessie, qui, par le fait de l'étranglement se trouve absolument isolée de son diverticule hernié ; c'est tout au plus si le cathéter métallique fera reconnaître une déviation de l'urèthre du côté de la hernie.

S'il s'agit d'une entéro-cystocèle étranglée, on pourra, par la palpation, reconnaître l'épaississement qui siège à la partie interne et postérieure de la tumeur : quand ce signe a été constaté, on a toujours pensé à tout autre chose qu'à une entéro-cystocèle : Güterbock porte le diagnostic d'épiplocèle avec hernie du cœcum ou d'un diverticule intestinal voisin. Otto Lanz, J. Escat et U. Guinard celui d'entéro-épiplocèle.

Une seule fois le diagnostic fut entrevu (Obs. X), non à cause des sensations fournies par la palpation de la tumeur, mais à cause des envies fréquentes d'uriner accusées par la malade, signe essentiellement constant.

Il ne reste donc qu'une ressource bien faible dans des cas semblables où la scène est dominée par des symptômes de l'étranglement intestinal ; quand il se présente une hernie crurale étranglée, il faut penser non-seulement à l'entérocèle, à l'épiplocèle, mais encore à la cystocèle ; l'attention devra être d'autant plus éveillée que la hernie siégera à droite ; on ne manquera jamais d'interroger le malade sur ses sensations vésicales.

Une autre exploration sur la valeur de laquelle nous voulons attirer l'attention, quoique nous ne puissions nous appuyer pour le justifier que sur l'anatomie pathologique et non sur la clinique, c'est l'exploration du petit bassin.

La présence constatée d'une tumeur du petit bassin, quelle que soit sa nature, coïncidant avec une hernie crurale étranglée siégeant à droite, doit porter à leur maximum les présomptions en faveur de la cystocèle.

Quand il s'agit d'une cystocèle pure étranglée, ce qui a surtout frappé les observateurs, c'est la forme incomplète du tableau symptomatologique de l'étranglement, relativement peu grave ; aussi élimine-t-on généralement le diagnostic d'entérocèle, pour porter celui d'épiplocèle (Obs. VII) sans songer le moins du monde à la possibilité d'une hernie de la vessie ; car tout est là.

L'attention étant éveillée sur ce point, on devra rechercher les mêmes signes que dans le cas précédent.

Ne serait-ce pas là le lieu de pratiquer la ponction de la tumeur ? Ce procédé a été proposé par Bourbon. Il n'est pas douteux qu'une semblable exploration pourrait donner des indications précieuses ; sans compter que le liquide retiré par une ponction exploratrice peut provenir d'un sac herniaire déshabité et étranglé, il nous semble plus simple d'entreprendre la cure radicale tout en se tenant sur ses gardes.

Etant donnée cette absence à peu près constante de symptômes vésicaux, et la réputation mal fondée d'extrême rareté que l'on fait à cette affection, le diagnostic de cystocèle crurale, étranglée ou non, n'est générale-

ment pas posé ; et c'est avec un diagnostic erroné, ou sans diagnostic précis, que le chirurgien intervient.

Comment celui-ci reconnaîtra-t-il la vessie au cours de l'opération ?

Si l'on a affaire à une cystocèle para-péritonéale, il est relativement facile de reconnaître la vessie.

Après l'incision des téguments, l'ouverture du sac est pratiquée, son contenu est vérifié, réduit s'il y a lieu. Reste à traiter le sac : à ce moment, « on découvre au dedans du sac une doublure épaisse », une plaque indurée ou mollasse qui lui adhère plus ou moins étroitement : c'est la vessie herniée étalée sous le sac et cachée par lui (Lejars).

Si l'on tente une dissection prudente, on ne tarde pas à apercevoir des fibres musculaires lisses réticulées ; mais cette dissection, lors même qu'elle est faite avec soin triomphe trop souvent de la résistance des fibres de cette tunique musculaire *altérée* et l'opérateur se trouve en présence d'une seconde cavité contiguë à celle du sac ; c'est alors seulement qu'il soupçonne qu'il a la vessie sous les yeux ; il s'en assure ; ses explorations ne lui laissent plus aucun doute à cet égard, et il n'a pas toujours la satisfaction de constater qu'il s'est arrêté à temps pour ne pas blesser ou même perforer la vessie.

Si la cystocèle n'a pas été blessée, le doigt, introduit dans le sac, constate que le pédicule de l'organe se dirige en bas, derrière la symphyse pubienne ; d'après Salicheff, on pourrait faire glisser l'un sur l'autre les deux feuillets de la poche vésicale herniée.

A ces signes de probabilité, il faut joindre la présence

d'un lipome herniaire auquel on n'a attaché dans les premiers temps de l'opération qu'une importance très secondaire. Les signes de certitude ne s'obtiendront qu'à la condition que le débridement de l'anneau aura été large : cette condition semble essentielle.

Si le cathéter métallique ne peut pénétrer dans la poche herniée, une sonde en gomme y pénètrera plus facilement et pourra être sentie à travers les parois de la cystocèle ; celle-ci pourra être distendue par du liquide injecté dans la vessie.

Si la vessie a été ouverte, un doigt introduit dans le sac et un autre dans la cavité accidentelle ne se rencontreront pas à nu ; ils évolueront dans deux cavités indépendantes l'une de l'autre : la sonde ramènera de l'urine teintée de sang ; son bec viendra se montrer par la plaie. Un doigt introduit dans la nouvelle cavité y accrochera la sonde avec l'ongle, si celle-ci n'a pas été assez longue pour sortir par la déchirure. Le liquide injecté dans la vessie ressortira par la plaie.

Enfin, si l'on opère sans anesthésie générale, le malade pourra accuser des envies d'uriner au moment de la blessure vésicale (Obs. XI).

On le voit, les signes de certitude sont multiples : cependant les circonstances peuvent être telles qu'il peut arriver qu'aucun d'eux ne soit mis en évidence : c'est ce qui s'est présenté dans le cas de J. Escat et U. Guinard : un fibrome de l'utérus, pesant sur la vessie, avait déterminé la formation d'un canal assez étroit pour qu'aucune communication effective n'existât entre le réservoir urinaire et son diverticule hernié.

En pareil cas, il n'existe qu'un moyen de se rendre compte de la nature ou de la situation des organes que l'on a sous les yeux ; c'est d'agrandir l'incision, de pratiquer une hernio-laparotomie. Chez la femme, rien ne sera plus simple : on poursuivra l'incision crurale par en haut, en sectionnant l'arcade crurale. Chez l'homme, la présence du cordon spermatique créera un obstacle : aussi, ne devra-t-on pas dans ce cas prolonger l'incision directement ; on tournera la difficulté en incisant la paroi abdominale au-dessus de l'arcade crurale, et *parallèlement à elle.*

On ne devra jamais hésiter à pratiquer de larges incisions pour peu que les explorations déjà énumérées n'aient pas donné les résultats attendus. Les parois de la cystocèle sont le plus souvent amincies, quelquefois extrêmement friables : aussi des manipulations trop prolongées ou trop variées de la poche herniée pourraient entraîner sa déchirure.

Les choses sont autrement compliquées quand on rencontre une cystocèle extra-péritonéale ; elles le sont à tel point que, sur quatre observations, trois fois l'opérateur n'a pas hésité à la considérer comme un sac herniaire, et à l'ouvrir ; deux fois elle fut liée et réséquée comme telle. Le lipome herniaire a mis Schoonen en éveil : nous savons, en effet, que la présence du lipome est des plus inconstante.

Il ne faut pas compter davantage sur l'aspect du pseudo-sac ; souvent on ne voit rien qui rappelle des fibres musculaires.

La seule ligne de conduite à recommander est la sui-

vante : toutes les fois qu'on trouve dans une hernie une poche que l'on est tenté de prendre pour un sac déshabité, il faut penser à la cystocèle, faire les explorations nécessaires, et si celles-ci ne fournissent pas de renseignements suffisants, pratiquer une hernio-laparotomie. Schoonen n'a pas hésité à le faire, et il s'en est bien trouvé.

Si le pseudo-sac a été ouvert, les éléments de diagnostic seront les mêmes que dans le cas de blessure de cystocèle parapéritonéale : une différence subsiste cependant ; c'est que souvent, même après ouverture de la cystocèle, on pense encore avoir affaire à un sac herniaire : on la lie et on la résèque : on se retire « convaincu de la bénignité du cas, et de la simplicité des suites opératoires » (Obs. IX). Ce n'est qu'après l'opération qu'on est tout surpris de constater des troubles vésicaux.

Les cas dans lesquels le diagnostic d'une cystocèle par sa blessure n'a été fait qu'après l'intervention, ne sont pas rares (Obs. II, III, VIII, IX).

Avant de communiquer son observation, Macready fait remarquer que cet accident est arrivé « à plusieurs chirurgiens remarquables ». A son réveil la malade accuse des envies impérieuses d'uriner, un ténesme atroce, et la sonde ramène une urine sanguinolente ; d'autres fois les symptômes subjectifs et fonctionnels sont nuls : ce n'est qu'au bout de quelques heures (Obs. III), de quelques jours (Obs. VIII), que de l'urine s'écoule par la plaie opératoire et impose le diagnostic.

En résumé, porter un diagnostic ferme de cystocèle crurale avant toute opération, est généralement impossi-

ble : avoir des présomptions est déjà un point précieux. A la condition de penser, à propos d'une hernie crurale, à la fois, à une cystocèle, à une entérocèle, à une épiplocèle, ces présomptions peuvent s'acquérir quelquefois par des signes fonctionnels ou objectifs ; elles peuvent se confirmer par un examen approfondi.

Au cours d'une opération de hernie, la meilleure façon d'assurer le diagnostic est d'agrandir largement l'incision première, toutes les fois qu'une hernie se présente d'une façon un peu anormale. Ce précepte est d'ailleurs général : « toutes les fois qu'on a blessé la vessie, dit Lejars, c'est qu'on y voyait mal. »

TRAITEMENT

C'est à peine si nous devons dire ici quelques mots sur le traitement de la cystocèle crurale sans accidents. Les cas en sont exceptionnels, et, ce qu'a dit L. Imbert sur le traitement des cystocèles inguinales qui se présentent dans les mêmes conditions, est en grande partie applicable aux cystocèles crurales.

On se rappelle que toute cystocèle, réductible ou non, est susceptible de s'étrangler : que, dans ces circonstances, le diagnostic n'est à peu près jamais fait ; que l'intervention, devenue urgente, fait courir les plus grands risques à la paroi vésicale.

On devra donc toujours proposer la cure radicale d'une cystocèle. La seule contre-indication qui nous semble valable, mais qui est absolue est celle qui est tirée « d'un état de grave déchéance des voies urinaires supérieures » (Lejars).

Aussi déconseillera-t-on l'intervention sanglante aux sujets âgés et artério-scléreux, aux vieux urinaires, si, parmi ceux-ci se rencontraient des porteurs de cystocèle crurale : à ces malades on fera porter un bandage con-

venable; on les soumettra à un traitement en rapport avec l'état de leur appareil urinaire.

La cystite sans lésion rénale chez des sujets jeunes ne saurait faire rejeter la cure radicale : tout au plus cette affection fera-t-elle ajourner l'intervention jusqu'à ce que la vessie ait été mise en état par un traitement préparatoire approprié (lavages au nitrate d'argent à 1/1000 ou 1/5000).

Mais dans la grande majorité des cas on a affaire à des hernies crurales étranglées dans lesquelles on n'a nullement diagnostiqué la présence de la vessie; dans les cas favorables on la soupçonne. En tous cas, il faut opérer, et tout de suite.

Voyons quelle conduite il faut tenir, et cela aux différents temps de l'opération.

Soit une hernie parapéritonéale : les couches superficielles ayant été incisées, on découvre le sac. Si l'on suppose que la vessie participe à la formation de la hernie, il sera élémentaire de ponctionner le sac, de préférence sur sa face externe, après s'être assuré, bien entendu, par la palpation, du contenu du sac ; l'orifice de la ponction sera agrandi; le contenu du sac vérifié.

Il faut ensuite procéder au débridement : en général, on porte le couteau de Cooper sur le ligament de Gimbernat que l'on sectionnne; puis, trop souvent, c'est par l'intérieur du sac qu'est introduite la lame du couteau et à travers la partie interne de sa paroi qu'est coupé le ligament. Or, c'est précisément en ce point, entre la partie interne de la paroi du sac et le ligament, à la partie postéro-interne du sac qu'elle double, que se trouve la vessie sous

la forme d'une plaque plus ou moins épaisse ; et il est vraiment digne de remarque qu'aucune observation ne rapporte à ce moment la blessure de la vessie.

Il semble fatal cependant que le couteau doive traverser la cystocèle avant d'entamer le ligament.

Que la vessie ait été quelquefois blessée à ce temps de l'opération, peu importe : nous considérons *à priori*, ce mode de débridement comme aveugle et défectueux : Nous croyons, dans tous les cas, qu'il faut le rejeter d'une façon absolue.

Si l'on estime qu'il soit préférable de débrider sur le ligament de Gimbernat, chez l'homme par exemple, ce ligament sera soigneusement mis à nu (Obs. X) ; son bord libre s ra accroché avec l'ongle, et, c'est en dehors de toutes les enveloppes du sac que sera incisé ce ligament, soit en introduisant directement sur sa face postéro-supérieure la lame du couteau de Cooper, soit en incisant d'avant en arrière avec un bistouri ordinaire.

Ou bien, chez la femme, le débridement portera directement en haut sur l'arcade crurale par une petite hernio-laparotomie.

Après avoir ouvert le sac, le bistouri divisera couche par couche les plans de la partie inférieure de la région, jusqu'à ce que l'arcade ait été sectionnée : on évitera d'ouvrir le péritoine en ce point, pour ménager au sac un pédicule intact. Cette méthode nous semble préférable entre toutes, et il sera prudent d'y recourir quand on aura affaire à une hernie anormale : elle sera employée avec avantage aussi même dans les cas qui n'of-

frent rien d'anormal au premier abord, mais qui si souvent réservent des surprises.

Aussi avons-nous vu plusieurs de nos maîtres y avoir recours dans leur pratique courante.

L'étranglement levé, la présence de la vessie reconnue, il faut disséquer le sac. Cette dissection est toujours délicate, presque toujours dangereuse.

Jaboulay et Villard ont avancé que le péritoine n'entraîne la vessie dans la hernie qu'après s'être séparé de l'organe dans toute la zône décollable. Le plus souvent, en effet, on trouve une adhérence intime entre la vessie et le sac; et, l'on fera bien de ne pas insister pour disséquer quand même le sac. Pour peu que les parois de la cystocèle semblent très amincies, on ne fera aucune tentative dans ce sens: on liera du sac tout ce qui a été libéré, et on réduira le pédicule.

Il faut remarquer ici, que, pour les raisons anatomiques que nous venons d'exposer, il est impossible le plus souvent de réduire isolément le sac et la cystocèle (Obs. X, XI); les deux organes doivent être réduits en même temps: les tentatives de réduction isolées entraîneraient des tiraillements quelquefois regrettables.

Cette remarque offre, à un autre point de vue, un plus grand intérêt : pendant les essais de réduction du pédicule du sac, si la cystocèle n'est pas suffisamment maintenue, le pédicule se réduit en entraînant la paroi vésicale ; si celle-ci a été blessée, la voilà disparue, et la blessure passera inaperçue (Obs. XI).

Bien que souvent les parois de la cystocèle paraissent saines, il se présente des cas où ces parois sont profon-

dément altérées, assez malades pour inspirer des doutes sur la possibilité de sa réparation. En pareil cas la réduction est dangereuse (Obs. XI).

En dehors de la réduction, il ne reste que deux ressources : la fixation de la paroi de la cystocèle à l'anneau crural où la résection de la partie malade des parois, poussée jusqu'à ce que l'on rencontre des parois saines : on fera alors une suture soignée.

L'un et l'autre de ces procédés nous semblent avoir leurs indications spéciales : chez un sujet jeune, sans affection rénale ou vésicale, on pratiquera la résection avec suture ; chez un sujet âgé ou malade on se trouvera mieux de fixer la vessie et d'attendre les évènements.

Dans les deux cas, dans le second surtout, on ne négligera pas de placer un drain dans le voisinage de la paroi vésicale traitée.

L'excision de la paroi vésicale ne doit-elle être pratiquée que lorsque cette paroi est assez malade pour inspirer des doutes sur la vitalité ? Monod et Delagénière, Rabineau, Guelliot, vont plus loin : ils conseillent la résection systématique de la cystocèle, dans le but de diminuer la capacité du réservoir urinaire, et d'extirper le lipome pré-herniaire, cause de récidive.

Il faut remarquer que ces auteurs se placent plus spécialement au point de vue de la cystocèle inguinale, dont le volume atteint quelquefois des proportions considérables, et qui se produisent surtout chez des individus ayant une vessie de capacité anormale.

Cette résection systématique d'une utilité déjà discu-

table dans la cystocèle inguinale (L. Imbert), ne peut être faite quand il s'agit d'une cystocèle crurale dont le volume n'est jamais très grand et qui reconnaît pour cause une déformation de la vessie plutôt qu'une augmentation de sa capacité.

La question de l'excision se pose encore à propos des hernies extra-péritonéales qui, le plus souvent sont adhérentes et quelquefois présentent un lipome. Nous ne connaissons pas de cas où ces adhérences aient été telles qu'un débridement large de l'anneau, suivi d'une dissection portant sur les parties fibreuses voisines, n'ait suffi à en triompher. Si néanmoins ces adhérences étaient trop considérables, on pourrait recourir à l'excision dans les conditions indiquées plus haut.

Chez les vieillards, il y aurait tout avantage, l'étranglement levé, de laisser les choses en état de crainte d'une déchirure.

Ce que nous venons de dire du traitement de la cystocèle étranglée, s'applique également aux cystocèles que l'on rencontre au cours des cures radicales de hernie sans accident. Mais alors les circonstances sont plus favorables; il s'agit en effet de sujets jeunes sur lesquels les parois vésicales sont plus saines.

Dans tous les cas, il sera utile d'injecter du liquide dans la vessie pour s'assurer que l'étranglement est levé, que les parois vésicales sont intactes ou que les sutures, s'il y a eu résection, sont suffisantes.

Pour traiter les blessures de la vessie qui ont pu se produire au cours de l'intervention, il faut suivre les préceptes généraux qui nous ont déjà guidé.

Si l'ouverture de la vessie était intra-péritonéale, il n'y aurait aucun doute à élever sur son traitement ; il faudrait ouvrir largement la paroi et le péritoine et faire des sutures fermant hermétiquement la cavité vésicale.

Nous n'avons pas à insister ici sur ce mode opératoire ; c'est celui de toutes les plaies vésicales intra-péritonéales.

Jusqu'ici les blessures de la vessie, en cas de cystocèle crurale, semblaient toujours avoir été extra-péritonéales. Trois ressources s'offrent à l'opérateur : la fixation de l'ouverture vésicale à l'anneau crural, la suture simple, l'excision suivie de suture.

La suture simple nous semble insuffisante et à rejeter ; c'est à sa suite que sont apparues la plupart des fistules vésicales : on agit, en effet, sur une paroi qui vient d'être dilacérée, dont les différentes couches ont été éraillées souvent en des points différents, dont la déchirure présente des bords irréguliers.

Du moment que la vessie est ouverte, il y a tout avantage à régulariser les bords de la plaie, à les exciser jusqu'à ce que l'on soit arrivé dans des régions saines.

Cette conduite est d'ailleurs celle conseillée par Lejars : « La vessie herniée, est d'ordinaire amincie, atrophiée, « friable : c'est à peine si on a prise sur une paroi si « mince et l'on ne saurait se flatter d'y pratiquer trois « rangs de suture régulière. Aussi, vaut-il mieux tail- « ler franchement dans ce tissu malade et chercher « une meilleure surface d'approche, et une paroi qui « résiste mieux à la traction des fils. »

Cette résection est encore utile à un autre point de vue. « N'est-il pas souvent malaisé, dit Lejars, de réaliser une « antisepsie parfaite dans un foyer anfractueux, irré- « gulier, souillé encore par une urine quelquefois alté- « rée ? »

Nous ferons ressortir en outre, que, dans le cas particulier de la cystocèle crurale, c'est à côté d'une entérocèle étranglée que se trouve le plus souvent la poche vésicale, c'est-à-dire dans le voisinage d'un sac herniaire où sont accumulés des liquides septiques : au moment de l'ouverture du sac, ces liquides se répandent sur la paroi vésicale et la contaminent d'une façon d'autant plus certaine que la blessure de la cystocèle sera plus irrégulière.

Ces différents modes d'infection peuvent être la source d'abcès de la paroi vésicale, survenant après la suture : ils ne sont pas sans doute indifférents dans la formation à peu près constante d'une fistule secondaire, même quand la déchirure vésicale a été régulièrement fermée sur toute sa longueur.

La suture après résection n'offre donc que des avantages sur la suture simple ; pour la pratiquer dans de bonnes conditions, l'incision de la paroi sera agrandie jusqu'à ce que le jour soit suffisant : on pourra alors pratiquer « la bonne suture en bon tissu » conseillée et préconisée par Lejars. L'anneau sera fermé sur sa plus grande étendue, mais non sur toute, afin de ménager une issue à l'urine en cas d'échec de la suture.

On ne négligera pas le drainage de la plaie : on assurera le repos de la vessie par une sonde à demeure.

« Il y a lieu d'espérer, dit Lejars, qu'à l'avenir, grâce

« à un débridement large, grâce à la portion altérée et « friable de la paroi vésicale, la suture à trois étages, « qui est ici le procédé de choix, pourra être plus régu- « lière et plus complète, et la cicatrisation totale d'emblée « plus souvent obtenue. »

La suture après résection devra, dans bien des cas nettement déterminés céder le pas à la fixation des bords de la plaie vésicale à l'anneau.

Si l'on a affaire à une femme âgée, on devra se rappeler que la sonde à demeure est souvent mal tolérée, que la présence de la sonde entraîne rapidement chez les malades de la cystite contre laquelle on est désarmé, la plaie vésicale rendant les lavages et l'antisepsie difficiles. Cette considération est capitale ; en pareil cas, on n'hésitera pas à fixer la plaie vésicale à la paroi, à y introduire un drain en même temps que l'on placera une sonde à demeure. L'écoulement de l'urine au dehors sera ainsi largement assuré : les lavages de la vessie seront particulièrement facilités.

Un point de vue délicat à établir est celui de savoir quelle conduite il faudra tenir quand, après une opération de hernie on constate que la vessie a été blessée ; les auteurs s'accordent à reconnaître qu'il y a tout avantage à attendre les évènements en plaçant dans la vessie une sonde à demeure.

Les observations d'ailleurs plaident dans ce sens : (Obs. II, III, VIII). La malade de Jaboulay et Villard n'eût même pas de fistule bien que le pédicule de la cystocèle ait été lié comme un sac herniaire, c'est-à-dire en

dehors de toutes les idées reçues sur la suture dé la vessie.

On éloignera donc toute idée de laparotomie : on se bornera à désunir un peu la plaie de la paroi abdominale pour y introduire un drain.

PRONOSTIC

Le pronostic de la cystocèle crurale en elle-même n'est pas grave; cependant il faut toujours avoir en vue la possibilité de l'étranglement avec ses conséquences, c'est-à-dire une intervention commandée à bref délai par les accidents, sans diagnostic ferme et avec de grandes chances de blessure vésicale.

Nous ne pouvons dire quelle serait la gravité d'un étranglement vésical qu'on aurait laissé évoluer sans opération ; cependant il est permis de croire que sa gravité serait moindre que celle de l'étranglement intestinal.

Le pronostic de la blessure d'une cystocèle crurale est réputé bénin : sur 7 observations de cystocèle crurale dans lesquelles nous relevons cette blessure, une fois seulement la mort survint, imputable à la plaie vésicale.

Notre statistique est trop faible pour nous permettre de tirer des conclusions fermes ; nous remarquerons cependant combien était presque inévitable la mort que nous relevons dans l'observation XI. Nous croyons avec Lejars que ce sont les malades présentant « un état de grande déchéance des voies urinaires », c'est-à-dire les vieillards, les artério-scléreux, souvent atteints de vieille cystite ou

d'entéro-épiplocèle dont le décès, après blessure de la vessie, viendra charger la statistique.

Il n'en reste pas moins certain que la blessure de la vessie n'est pas sans danger. Ainsi que l'ont fait observer d'une façon un peu absolue Monod et Delagénière, il y a des malades chez lesquels il faut à tout prix l'éviter : aussi, ne doit-on pas considérer le diagnostic de la cystocèle crurale comme négligeable ou seulement peu important, que ce soit avant ou pendant l'opération. Il est ordinaire qu'une fistule succède à une blessure de la vessie ; sur 5 cas de survie nous voyons trois fois survenir une fistule vésicale : celle-ci apparaît bientôt après l'opération et se ferme en un temps variable, quelques jours ou quelques semaines.

Comme dans les cystocèles inguinales « l'évolution naturelle de ces fistules vésicales secondaires est de se tarir et de se cicatriser spontanément » (Lejars). Il y a lieu d'espérer que ces fistules deviendront rares quand on mettra en œuvre le mode de réparation préconisé par cet auteur.

CONCLUSIONS

I. — Considérer la cystocèle crurale comme une affection fort rare est aujourd'hui une erreur dont les conséquences toujours embarrassantes et parfois compromettantes pour l'opérateur, seront à coup sûr désagréables au malade, en cas de fistule vésicale secondaire, et, plus souvent qu'on ne le dit, fatales à celui-ci.

II. — La cystocèle crurale est plutôt une maladie de la femme; elle affecte tout spécialement le côté droit.

III. — L'influence des tumeurs du petit bassin sur son apparition est certaine : celle de la grossesse, quoique infiniment probable, reste à démontrer (1). La déformation de la vessie et ses déviations pathologiques tiennent la première place dans la pathogénie de la cystocèle crurale.

IV. — Les seules variétés observées sont la cystocèle parapéritonéale et la cystocèle extrapéritonéale.

V. — Les symptômes souvent nuls sont néanmoins suffisants parfois, pour faire naître des présomptions en

1. L'observation du 14 juin 1896 de M. Breffeil semble apporter le commencement de cette démonstration.

faveur de la cystocèle; ces présomptions ne seront éveillées qu'autant que l'on s'habituera à rechercher dans une hernie, non seulement la présence de l'intestin ou de l'épiploon, mais encore celle de la vessie. Penser toujours à la cystocèle, tout est là.

VI. — Les présomptions seront portées à leur maximum quand on aura affaire à une femme présentant une hernie crurale droite en même temps qu'une tumeur du petit bassin. La recherche des autres signes, en pareil cas, peut quelquefois conduire à un diagnostic certain.

VII. — En cas de hernie étranglée, débrider sur le ligament de Gimbernat, en introduisant le bistouri de Cooper à l'intérieur du sac est une pratique déplorable, absolument à abandonner; on n'a le droit d'inciser ce ligament qu'autant qu'on est certain qu'il sera seul intéressé par le couteau. Le moindre épaississement de la face interne d'un sac de hernie crurale doit mettre l'opérateur en éveil; celui-ci, suspendant aussitôt toute manœuvre intempestive, pratiquera sans hésiter la hernio-laparotomie; ce mode d'exploration est de tous le plus inoffensif et le plus certain. La découverte de tout prétendu sac herniaire déshabité est justifiable des mêmes moyens d'investigation.

On se rappellera qu'on ne saurait, dans la plupart des cas, réduire isolément dans l'abdomen le sac et la cystocèle.

Observation II

Nous avons emprunté au tableau de Curtis les annotations que l'on retrouvera dans notre tableau synoptique des observations de cystocèle crurale à l'observation II.

Mais il nous a été impossible de découvrir le texte même de l'observation : nous en retrouvons l'indication bibliographique dans le récent travail de Curtis (*Ann. of. chir.*, juin 1895) ; le nom de l'opérateur serait inconnu ; le cas se trouve rapporté dans un travail de Habs.

L'indication de Curtis est certainement erronée.

Observation III (Auë).

Le malade, âgé de 47 ans, souffrait depuis six ans d'une paralysie des membres supérieurs et d'une parésie des membres inférieurs, avec rétention d'urine chronique et constipation habituelle à la suite de myélite transverse. Depuis l'âge de 16 ans, apparition accidentelle d'une tumeur herniaire dans l'aîne droite, pendant des crises de constipation. Pendant ces crises vomissement de matière à odeur fécaloïde : le malade se présente à nous. Mauvais état général, affaiblissement considérable. Dans l'aîne droite une tumeur herniaire de la grosseur d'un petit œuf de poule, très douloureux, irréductible, mate à la percussion. La tension de cette tumeur ne fut en rien influencée par l'évacuation de la vessie, pratiquée peu de temps avant la

herniotomie. La participation de la vessie à la formation de la hernie ne pouvait, par conséquent, être soupçonnée, et ne le fut dans la suite que, lorsque, après avoir incisé couche par couche, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, et le fascia superficiel, on incisa le prétendu sac d'où s'écoula une petite quantité de liquide jaune transparent. Dans cette cavité si facilement accessible ne se trouvait aucune anse intestinale : aussi l'incision fût-elle agrandie par en haut et le péritoine ouvert au-dessus du ligament de Poupart. Alors le doigt introduit dans la cavité abdominale ne rencontre pas le doigt introduit dans la première cavité. Les anses intestinales étant libres, fermeture de la plaie péritonéale, suture du prétendu sac vide à la plaie cutanée, tamponnement de celle-ci. La véritable nature du sac fut tirée au clair dans les premières heures qui suivirent grâce à l'imprégnation du pansement par l'urine, et à l'impossibilité de vider la vessie par l'urèthre même au moyen de la sonde. L'évolution de la plaie fut compliquée d'une cystocèle grave, mais se termina la convalescence. Guérison de la plaie « *per granulationem* ».

Observation IV (Güterbock).

Cysto-épiplocèle crurale droite. Blessure de la vessie au cours de la kélotomie. Suture vésicale suivie de succès. Mort, due à un abcès stercoral ayant pour origine une ulcération dysentérique de l'intestin.

Dans l'après-midi du 4 février 1891, une maîtresse de musique, de trente-deux ans, était amenée à ma clinique particulière pour une hernie crurale droite. D'après les renseignements que l'on pouvait obtenir de la malade, très déprimée, elle avait remarqué depuis longtemps, au moins depuis trois ans, dans la

région crurale droite, une tumeur tantôt plus, tantôt moins grosse. Cette tumeur était devenue très sensible depuis trois semaines; en même temps étaient survenus une perte complète de l'appétit, des éructations fréquentes avec envies de vomir, mais sans qu'il se soit produit de vomissements, avec constipation qui permettait cependant l'émission de quelques gaz.

La malade était petite, très faible, pâle et très amaigrie. Pouls un peu accéléré et presque filiforme ; sur la langue, d'un rouge foncé, un peu sèche, aucun enduit, mais il se dégageait de la bouche une odeur extrêmement fétide. Le ventre était, sur toute son étendue, gonflé et douloureux, même à un palper très léger; pourtant la tension et le tympanisme ne semblaient pas aussi prononcés que dans beaucoup de cas de hernie étranglée. On trouvait surtout de la résistance dans la région iléo-cœcale, mais la percussion donnait là aussi, un son clair. Vers le milieu du ligament de Poupart, et le débordant davantage en dessous qu'en dessus, on trouvait, du côté droit, une tumeur arrondie, recouverte d'une peau normale, et non adhérente, de la grosseur d'une pomme reinette et de consistance ferme : à la percussion, elle était presque mate. Elle se laissait mobiliser sans peine sur le plan sous-jacent et soulever au-dessus de lui : on eût dit qu'elle n'était rattachée aux parties profondes que par un pédicule épais. Irréductibilité complète.

On ne pouvait admettre aucune des formes ordinaires de l'étranglement herniaire : ce qui semble le plus plausible, c'était une inflammation d'épiploon, hernié avec le cœcum ou un diverticule intestinal voisin. Depuis quand durait l'étranglement, on ne savait, mais tout portait à éliminer une incarcération aiguë. Du reste, la malade était trop déprimée, et l'on remit au lendemain, en l'absence d'une indication urgente, l'intervention opératoire.

La chloroformisation, très longue, fut bien supportée. Une

incision longitudinale d'environ 7 centimètres permit d'isoler l'extrémité inférieure de la hernie, qui n'était en ce point nullement adhérente. Du reste, il n'y avait, en avant, aucune adhérence, et les enveloppes externes étaient assez minces. Une fois le sac ouvert, il s'écoula quelques gouttes d'un liquide un peu rouge, et l'on trouva une masse épiploïque dégénérée, graisseuse, qui fut liée au catgut et réséquée. Le moignon épiploïque fut refoulé aussi loin que possible dans l'abdomen, après destruction de quelques adhérences et débridement du collet du sac; mais on ne trouva aucune espèce de diverticule intestinal. Le sac largement ouvert, on découvrit, en dedans, et un peu en arrière de lui, directement appliqué contre la branche horizontale du pubis, un organe arrondi noirâtre. Il avait une consistance élastique, était plus tendu et adhérent au sac herniaire par une série de minces tractus. D'après les apparences, il ne pouvait être question que d'un segment d'intestin recouvert de péritoine; comme je cherchai prudemment, avec mon index, à rompre les adhérences, et à isoler ce diverticule, il se fit une déchirure de 1/2 centimètre de long, par laquelle s'échappe un jet d'urine. Après avoir bien épongé la plaie, je fermai la déchirure par trois points de suture de Lambert, et je m'assurai que l'occlusion était bien assurée, en injectant de l'eau boriquée dans la vessie. A l'angle supérieur de la déchirure, en un point, il se faisait encore une petite déhiscence, au moment où la vessie était très pleine ; aussi, appliquai-je un quatrième point de suture. La vessie était dès lors parfaitement fermée, et je la refoulai aussi loin que je pus dans le petit bassin. A cause de la grande minceur des parois vésicales, au niveau du segment hernié, toutes les manœuvres furent faites avec la plus grande prudence : pour les sutures, j'employai de la soie très fine, que je ne serrai que lentement et avec peu de force, pour éviter qu'elle ne coupât. Sonde à demeure, surjet de catgut sur le sac,

et suture de la plaie cutanée, sauf à son angle inférieur, où passait une lamelle iodoformée.

Les suites immédiates de l'opération furent excellentes.

Le 7 février 1891, ce pansement qui était souillé fut changé : la plaie ne présentait aucune espèce de réaction. Le jour suivant, la sonde à demeure fut retirée : il ne s'était pas écoulé une goutte d'urine par la plaie.

11 février (7e jour après l'opération). — Dans les deux derniers jours, nombreuses selles diarrhéïques, mélangées de sang, très fétides.

A 7 heures du soir, frisson, avec une élévation de température de 40°,1, pouls de 160 à la minute. Le ventre est plus ballonné, mais peu douloureux ; on ouvre la plaie, en grande partie guérie, et en portant le droit jusque dans l'abdomen, on ne trouve rien d'anormal.

12 février. — La malade est très faible : 38° le matin ; pouls toujours très rapide, au-dessus de 140. Diarrhée sanguinolente et fétide. La plaie, ouverte de nouveau et agrandie par en haut, ne laisse voir que quelques anses intestinales adhérentes à son niveau. Le tympanisme, jusqu'alors modéré, augmente vers le soir : température 39°,6 ; pouls très petit.

Le surlendemain, 15 février, la malade mourut.

Autopsie, le lendemain. — Adhérences généralisées, récentes et anciennes de l'intestin, et grande quantité d'un exsudat brunâtre, sanieux.

A la jonction du côlon descendant et de l'S iliaque, dans la moitié gauche du petit bassin, on trouve un abcès stercoral, gros comme une orange, autour duquel les anses intestinales sont fortement adhérentes. Dans le segment inférieur de l'intestin grêle, de même que dans tout le gros intestin, et surtout dans le voisinage de l'abcès stercoral, la muqueuse intestinale est boursouflée et semée d'ulcérations folliculaires recouvertes

de pus. La vessie est tellement adhérente, avec les anses d'intestin voisines, que malgré toutes les précautions, ses parois, très amincies, se déchirent en plusieurs points quand on cherche à l'enlever.

Le point blessé au cours de la kélotomie reste intact ; il occupe un petit cul-de-sac dépendant de la moitié droite de la vessie.

La muqueuse vésicale n'est pas altérée, non plus que les uretères, ni les bassinets ; mais les reins, comme le foie et la rate, sont scléreux. Rien du côté des organes génitaux.

En examinant de plus près la déchirure vésicale, on trouve les quatre sutures; elles n'ont pas traversé la muqueuse qui semble plutôt, à leur niveau, un peu plus refoulée en dedans.

Observation V (résumée). Otto Lanz.

Catherine M..., 60 ans, domestique, porte depuis dix ans une tumeur dans la région crurale droite. Cette tumeur ne déterminant aucune gêne, la malade n'y attache qu'une petite importance. Elle ignore les causes de son apparition. Au début elle avait la forme et le volume d'une moitié de petite pomme. Une fois seulement la tumeur a subitement grossi ; elle est alors devenue douloureuse ; le lendemain, elle avait repris son volume habituel.

Il y a huit jours, la malade ayant soulevé une cruche pleine d'eau, ressentit subitement de fortes douleurs dans l'aîne droite, qui se propagèrent bientôt dans tout l'abdomen.

Les douleurs allèrent en augmentant d'intensité, et il y eut dès le surlendemain des vomissements fécaloïdes. Le médecin consulté dit : hernie étranglée, et, envoya la femme à l'hôpital. Depuis deux jours il n'y avait eu ni selles, ni gaz.

Etat actuel. — Femme de bonne constitution ; légère cyanose de la face ; langue sèche et un peu chargée. Légère insuffisance mitrale ; pouls petit, un peu fréquent, mais égal et régulier ; poumons sains.

Dans la région crurale droite, il y a une tumeur grosse comme un œuf, dont le grand axe est transversal, et qui est recouverte d'une peau normale,

Sa consistance est élastique, sa surface libre, sauf sur son bord inférieur où l'on sent de petites inégalités. Mais à la palpation, la tumeur se divise en deux parties dont la supérieure représente les deux tiers de la masse totale.

Le ligament de Poupart passe au-dessus de la hernie qui envoie en haut un pédicule facile à apprécier, se perdant dans la profondeur de l'abdomen. A la percussion, matité absolue ; à la pression, la tumeur est indolente ; le pédicule au contraire est douloureux. Un peu de météorisme abdominal et de sensibilité autour de l'ombilic, pas d'ascite, urines riches en indican, mais de composition normale.

Diagnostic. — Entéro-épiplocèle étranglée.

Anesthésie commencée avec le chloroforme, continuée avec l'éther, incision parallèle au ligament de Poupart, dissection et ouverture d'un sac épaissi d'où il s'écoule un liquide trouble, mais aseptique. Au fond du sac il y a une anse intestinale étranglée et une masse bleuâtre que l'on prit pour de l'épiploon, tandis qu'il s'agissait d'un hématome du sac herniaire.

L'intestin reconnu sain est rentré dans l'abdomen. On allait achever la cure radicale, quand apparaît un lipome sous-séreux, très adhérent au sac. En introduisant le doigt à travers le collet du sac dans le péritoine, on reconnaît que le pédicule de ce lipome s'engage derrière le pubis, et de suite on songe à la possibilité d'une cystocèle. Pour en acquérir la certitude, on incise largement le sac isolé et sous une couche graisseuse peu

considérable apparaissent, en forme de réseau, des fibres musculaires pâles, qui représentent la musculature de la vessie. La cystocèle présumée est transparente et paraît contenir un liquide clair, le diagnostic est donc certain.

On résèque la partie exubérante du sac, au-dessous de la cystocèle. On aurait pu se borner à réduire la vessie, mais en poursuivant la dissection du sac on déchire accidentellement la vessie, et il s'écoule un peu d'urine. Le doigt introduit dans la vessie sentit l'extrémité d'un cathéter introduit par l'urèthre ; il n'y avait donc pas de diverticule vésical, mais une large communication. Suture à la soie de la plaie vésicale sur deux plans et du péritoine au-devant de la cystocèle. Drainage de la plaie.

Suites très simples. — La malade quitte l'hôpital deux semaines après l'opération ; elle est absolument guérie.

Pendant la première semaine elle était sondée trois fois par jour, l'urine fut toujours claire, il n'y eut jamais de troubles urinaires.

La malade, revenue deux mois après l'opération, dit se souvenir avoir eu quelques troubles antérieurs de la miction (envies impérieuses, légère incontinence au moment des efforts de toux) qui ont complètement disparu.

Observation VI (résumée) Lanz.

Femme de 48 ans, opérée il y a 5 ans d'une hernie crurale droite ; porte depuis un bandage.

Il y a huit jours, elle s'aperçut par hasard de l'existence d'une tumeur dans l'aîne gauche. Cette tumeur est grosse comme une noix, nullement douloureuse. La malade désire toutefois une opération.

Etat actuel. — Dans l'aîne droite, cicatrice de l'ancienne opération et légère récidive de hernie. A gauche, hernie épiploïque crurale grosse comme une noix.

Opération. — On fait la cure radicale à gauche, puis on aborde la récidive droite. On ouvre et on trouve un sac herniaire vide, et on allait inciser sa paroi postérieure lorsqu'on est frappé par l'épaisseur anormale de cette paroi. A un centimètre à peine de l'anneau crural, est un corps bleuâtre, transparent, qui paraît doubler le sac. On pensa d'abord qu'il s'agissait d'une portion du côlon. Mais il ne se laisse pas tirer au dehors, et le doigt introduit dans le canal crural peut le suivre jusque derrière le pubis dans la région de la vessie. Ce fait, joint à la présence d'un lipome en arrière du sac, éveille l'idée d'une cystocèle. On introduit un cathéter dans la vessie qui ne pénètre pas jusqu'au canal crural. Par contre, avec le petit doigt, introduit dans le canal crural, on sent la résistance du bec de l'instrument, résistance qui se transmet à la main qui dirige le pavillon. Suture du sac après en avoir détaché la partie superflue : dissection des adhérences; réduction de la vessie, suture de l'orifice herniaire, suture de la plaie cutanée, drain.

Suites simples. — Cathétérisme une fois par jour; les urines étaient très troubles, mais ne contenaient pas de sang. Peu de temps après, miction et urines normales. Deux semaines après l'opération la malade quitte l'hôpital avec une bonne cicatrice.

Observation VII (Schoonen).

Le 8 mars 1893, le patient, ouvrier terrassier, rentré chez lui après une rude journée de travail, éprouve, en enlevant ses souliers, une douleur vive et subite au niveau de l'aîne droite. Il

constate en cet endroit une tumeur pour laquelle deux jours plus tard il entre à l'hôpital.

Comment et quand cette tumeur s'est-elle produite ? Le malade ne peut, malgré notre insistance donner aucun renseignement assez précis pour trancher cette question avec certitude.

Quelques heures plus tard, c'est-à-dire dans la nuit du 8 au 9, il est pris de vomissements alimentaires et bilieux, qui persistent jusqu'au vendredi matin, jour de l'opération, et se répètent d'heure en heure. Ils ne deviennent pas fécaloïdes.

9 mars 1893. — Même état. Le soir, le malade entre à l'hôpital. M. le Dr Kleinens, attaché à mon service, porte le diagnostic de hernie crurale étranglée, et pratique sous le chloroforme, mais en vain, le taxis pendant cinq minutes.

10 mars 1893. — Je vois le malade le lendemain matin et je constate au pli de l'aîné une tumeur de la grosseur d'un marron tumeur mollasse, indolore, irréductible. Elle se trouve en dehors de l'anneau inguinal dans lequel on introduit facilement le bout du doigt.

Le malade continue à vomir des matières bilieuses; le ventre est ballonné et sonore. Le malade n'a plus été a la selle depuis lundi, mais il continue à évacuer des gaz. La température est normale, et le pouls un peu faible, ne dénote pas d'accélération. Il existe une forte bronchite asthmatique avec emphysème pulmonaire.

Diagnostic. — Epiplocèle crurale.

Opération. — J'incise la peau, le pannicule adipeux et le sac herniaire formé à la face antérieure de la tumeur par l'aponévrose crurale (ligament de Gimbernat et fascia cribliformis). Je ne trouve pas de liquide sous l'aponévrose ; *pas de péritoine* formant le sac autour de la tumeur herniée. Celle-ci est formée par une *masse graisseuse* que je prends tout d'abord pour l'épiploon, mais, en réclivant des doigts cette tumeur et en l'étalant

pour rechercher dans sa profondeur une partie viscérale, je découvre un organe blanchâtre, allongé, aminci, transparent, paraissant contenir quelques gouttes de liquide. Je ne parviens pas à attirer cette tumeur au dehors ; je ne réussis pas davantage à la réduire, et cependant, le doigt introduit dans le canal crural, ne perçoit aucun étranglement. En circonscrivant par le palper le pédicule, je trouve une forte adhérence à la partie supéro-interne de l'anneau. J'agrandis largement mon incision vers l'abdomen, dans le but de faire une hernio-laparotomie ; mais je constate aussitôt après l'incision superficielle, que les adhérences se détachent sans difficulté. Par une traction opérée sur l'organe hernié on sent le *pédicule s'enfoncer derrière le pubis*. Du côté du péritoine, celui-ci forme corde sous la traction. Plus de doute ! il s'agit d'une cystocèle tapissée du péritoine à sa faee antérieure. Pour m'en convaincre davantage, je prie mon confrère, le Dr A. Lambotte, d'introduire un cathéter dans le réservoir urinaire, et *je sens parfaitement le bec de l'instrument poussé dans le diverticule hernié*. Je résèque la lipocèle adhérente à la vessie et je réduis cet organe sans difficulté. Je ferme l'incision par des sutures au gros catgut à triple étage.

11 mars 1893. — Température, 38°,2 au soir ; 37° au matin. Toux fréquente et expectoration abondante. Pas de troubles urinaires.

12 mars 1893. — Température vespérale 37°,8 ; état général satisfaisant.

15 mars 1893. — Température normale. Renouvellement du pansement ; réunion immédiate. Guérison.

Observation VIII (Mâcready).

Le sujet était une femme âgée de 67 ans, qui portait une hernie depuis l'âge de 50 ans, mais avait toujours pu la faire rentrer jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital où elle se présentait avec un étranglement. La hernie était crurale et siégeait du côté droit. Le sac fut ouvert et l'intestin rentré : le sac fut isolé, transfixé, lié en chaîne et reséqué. Trois jours après, il y avait un écoulement sanio-purulent par la plaie, imprégnant le pansement; le neuvième jour, on trouva un liquide clair, suintant par la plaie : un drain fut placé dans l'orifice, et, trois onces d'urine furent retirées de l'aine.

La vessie étant vidée, une certaine quantité de liquide fut injectée à son intérieur et sortit par la plaie ; une sonde fut fixée dans la vessie : la fistule urinaire de la plaie ne tarda pas à se fermer et la malade guérit facilement.

Observation IX (Jaboulay et Villard).

Une fois seulement, nous avons opéré une cystocèle crurale. C'était une cystocèle extra-péritonéale. L'histoire est curieuse, parce que le diagnostic ne fut fait que quelques heures après l'opération.

C'était une jeune femme de 30 ans, qui n'avait eu pour toute maladie pelvienne qu'une hématocèle. La hernie crurale siégeait à droite et remontait à 7 ans avant. Son apparition avait succédé à l'hématocèle. Elle avait grossi, cette hernie, peu à peu, et lorsqu'elle nous fut confiée, elle atteignait le volume

d'une mandarine, mais elle était allongée de haut en bas. Deux fois seulement, dans les deux mois qui précédèrent l'intervention, il y eut des coliques violentes qui firent songer à l'étranglement. Mais ces phénomènes cédaient au repos. Une nuit, un chirurgien appelé pour l'opérer, arriva quand les douleurs étaient finies sans que la grosseur ait disparu.

Après une journée de travail, le mal de ventre revenait ; mais ici nous ne sommes pas sûr de la part qu'il faut faire aux causes de l'ancienne hématocèle et à la hernie crurale.

Le port d'un bandage fut conseillé, mais il ne réduisait pas la hernie et était fort douloureux. C'est pourquoi la malade vint demander une intervention.

Il y avait au pli de l'aine droite, une tumeur lisse, régulière, un peu allongée verticalement, molle, contenant un liquide. Situation et nature à part, au point de vue seulement de la sensation, cela ressemblait à un abcès par congestion. Le diagnostic posé fut kyste herniaire déshabité ; en appuyant fortement on diminuait son volume et on sentait passer du liquide de bas en haut. Une incision fut faite, verticale dans le sens du grand axe de la hernie. Arrivé sur sa face externe, il nous sembla qu'elle n'était pas aussi régulière que d'habitude, il paraissait difficile de la séparer du voisinage ; alors nous la fendîmes, et du liquide vint. Alors, l'index introduit arrive facilement au-dessus du ligament de Gimbernat ; pour pénétrer dans la cavité, nous avions dû couper une paroi qui était épaisse. Toute la poche est isolée des tissus ambiants, et la dissection était faite jusqu'à l'orifice crural ; un fil de catgut est ici placé circulairement et très fortement serré. Après quoi, la poche est réséquée.

La suture superficielle est faite comme d'habitude, et nous partons convaincus de la bénignité du cas et de la simplicité des suites opératoires. Une heure après on vint nous chercher

en toute hâte pour des besoins d'uriner extrêmement douloureux et un ténesme vésical atroce. Alors seulement le diagnostic s'impose et nous revîmes cette paroi épaisse, qui n'était que la vessie, ce liquide contenu en assez grande abondance, qui était de l'urine.

Les conséquences de cette réaction vésicale ne nous paraissaient pas devoir être bénignes. Nous n'avions fait qu'une stricture, il est vrai très serrée sur le collet du bissac qui devait représenter la vessie. Mais le fil constricteur allait peut-être être résorbé ou éliminé, et une fistule urinaire en serait la conséquence au niveau du pli de l'aîne. Cependant ce ne fut pas ce qui arriva. Pendant deux jours les douleurs à la miction restèrent très fortes, puis elles diminuèrent et disparurent. Quant à la plaie opératoire, elle se cicatrisa par première intention.

Observation X (U. Guinard).

Le 17 juin 1895 R... Marianne, 74 ans, sans profession, est amenée d'urgence à 9 heures du soir à la Pitié.

La malade se plaint de coliques, de nausées, et accuse des envies constantes d'uriner; elle vomit depuis la veille au soir, et les vomissements ont, d'après les personnes qui accompagnent cette femme, une odeur repoussante. Pas de selle, pas de gaz depuis la veille.

A l'examen direct, on constate dans la région de l'aîne droite une tumeur du volume d'un gros œuf de poule. Les téguments sont normaux, glissent facilement sur les parties sous-jacentes. La tumeur est résistante, non fluctuante, non réductible, sensible à la palpation ; la pression est franchement douloureuse au niveau du pédicule de la tumeur. La percussion donne une matité uniforme. L'état général n'est pas mauvais : le faciès un

peu grippé, la langue sèche, mais les extrémités sont chaudes, les téguments souples ; le pouls est bon.

En présence de ces symptômes, on porte le diagnostic d'étranglement d'une anse intestinale complète, et, en raison des envies fréquentes d'uriner qu'a accusée la malade, on pense à la présence possible d'une portion quelconque de la vessie dans la hernie.

A 10 heures du soir on pratique l'opération après anesthésie locale à la cocaïne, et on prend les précautions nécessaires pour ne pas blesser la vessie. Après avoir sondé la malade, incision verticale classique de la hernie crurale. Rien de particulier à noter pour les téguments. La peau et le tissu cellulaire incisés, la tumeur herniaire est facilement libérée avec les doigts des parties environnantes. La hernie se présente alors nettement pédiculée, du volume d'une petite mandarine. On incise avec les précautions ordinaires les différentes couches du sac herniaire ; mais les incisions sont faites sur la face externe du sac, de façon à courir le moins de risques possible de blesser ou d'ouvrir la vessie qui, *a priori*, vu ses rapports anatomiques normaux, doit se trouver au côté interne de l'anse intestinale herniée. Bientôt, on arrive sur l'enveloppe séreuse qui est ponctionnée ; il s'échappe du sac un liquide noirâtre hématique. Le sac est alors plus largement ouvert avec les ciseaux, toujours sur sa face externe, et le doigt introduit à son intérieur, servant de guide aux ciseaux.

L'incision du sac laisse voir une anse intestinale, distendue, noirâtre, et reposant sur l'intestin, l'ovaire, petit, blanchâtre, dur, sclérosé, portant de nombreuses cicatrices dépourvues d'adhérences. La paroi interne du sac présente une épaisseur tout à fait anormale ; cette paroi a la consistance d'une membrane épaisse, étalée ; de plus, on sent nettement deux épaisseurs de tissus glissant l'une sur l'autre quand on la pince entre

les doigts. La présence de la vessie devient presque certaine.

Le contenu du sac est lavé largement à l'eau phéniquée faible et tiède. Puis on procède au débridement de l'anneau constricteur.

La hernie est crurale et l'on s'en assure : on sent, en effet, à peu de distance en dehors d'elle, battre l'artère fémorale ; d'autre part, l'index accroche avec l'ongle le ligament de Gimbernat en dedans, mais avec peine, car l'anneau est serré. Le débridement porte en bas et en dedans sur le ligament de Gimbernat ; mais, afin d'éviter sûrement la vessie, le ligament est découvert, mis à nu, son bord libre repéré ; puis le couteau est introduit directement sur le ligament, à l'extérieur de toutes les enveloppes du sac ; il devient ainsi impossible d'intéresser les enveloppes de la hernie et à plus forte raison leur contenu. Le débridement se fait avec la plus grande facilité, et assez largement pour que l'on puisse introduire entre le ligament et le collet de la hernie, l'extrémité de l'index.

L'anse intestinale est alors aisément attirée au dehors. Il s'agit d'un étranglement complet. L'anse, est, au moins en apparence, en assez mauvais état ; elle est distendue, noirâtre et violacée ; son revêtement péritonéal soulevé en certains points par de petits épanchements sous-séreux, déchiré et pendant dans d'autres points : elle a perdu toute souplesse ; sa consistance est dure, parcheminée, comme cassante ; les parties comprimées par l'anneau sont extrêmement rétrécies et amincies. L'anse est uniformément malade ; il n'y a pas de point particulièrement sphacélé qui soit justiciable d'une invagination.

Vu, l'âge de la malade, la complication de la présence de la vessie, on renonce à la résection et à l'anus contre nature, et, après un nouveau lavage, on réintègre avec précaution l'intestin dans l'abdomen. Cette manœuvre ne se fait pas sans

difficulté à cause de l'état de friabilité de l'anse. L'ovaire est réduit en même temps que l'intestin.

On procède ensuite à la dissection du sac. Le sac fendu en dehors, se déchire en ce point : il n'en reste bientôt plus que des lambeaux. En dedans, au contraire, il se détache de la vessie avec une grande facilité. La vessie apparaît alors très nette avec ses fibres musculaires. Elle ne contient pas de liquide ; ses parois ont leur épaisseur normale, même au point où a porté la constriction.

On constate que cette portion de vessie herniée a son pédicule en bas et en dedans derrière le pubis ; elle est totalement dépourvue de graisse. Ce qu'on a pu isoler du sac est réséqué après ligature ; mais, à cause du revêtement péritonéal qui persiste sur la partie non herniée de la vessie, il est impossible de réintégrer isolément dans l'abdomen le pédicule du sac et la vessie ; ces deux organes doivent être réduits simultanément, ce qui se fait sans difficulté.

L'anneau est refermé ; sutures profondes et sutures superficielles, pas de drainage : pansement compressif. La malade est sondée de nouveau : l'urine ne contient pas de sang.

Injection sous-cutanée de un centigramme de morphine immédiatement après l'intervention : même dose de morphine à 6 heure du soir.

Les suites sont simples. Tous les soirs cinq centigrammes d'extrait thébaïque.

La malade, très indocile, s'agite et se lève ; néanmoins, au huitième jour, le pansement est refait, les fils sont enlevés ; pas de pus, pas d'hématôme ; réunion par première intention.

Le lendemain une purgation produit un effet énergique.

Le 15 juillet la malade sort guérie, sans incident.

Les antécédents de cette malade sont difficiles à établir, à cause de son état de sénilité ; elle dit avoir eu sa hernie depuis dix ans environ.

Observation XI

J. Escat et U. Guinard.

Hernie crurale droite étranglée. Entérocèle. Blessure de la vessie
Mort. Autopsie

Le dimanche 15 mars 1896, entre à 11 heures du matin, à l'hôpital Necker la nommée D..., Denise, 69 ans, journalière, présentant tous les symptômes d'une hernie crurale droite étranglée.

Hernie ombilicale depuis 30 ans ; hernie crurale droite depuis 30 ans également, irréductible depuis quelques jours.

Le samedi 14 mars, la malade ressent à neuf heures du matin une vive douleur dans l'aine droite ; dans la journée quelques coliques ; il y aurait eu dans la même journée une selle et quelques gaz rendus par l'anus ; beaucoup d'éructations.

Le premier vomissement n'a lieu que le dimanche matin 15 mars.

A l'entrée à l'hôpital, état général assez satisfaisant, langue humide, pouls bon.

Dans l'aine droite, tumeur grosse comme une mandarine, enfouie dans la graisse sous-cutanée, irréductible, douloureuse à la pression, vers le pédicule. La malade en souffre en dehors de toute palpation.

Hernie ombilicale de volume moyen, à anneau très large, réductible, mais non en totalité.

Une anse intestinale est sous-cutanée, cette hernie n'est pas tendue : elle n'est pas plus douloureuse que d'habitude.

Aucun signe vésical anormal notable.

Il y a lieu de remarquer que la malade donne les renseignements qu'on lui demande, d'un air tout à fait désintéressé, sem-

blant n'attacher aux questions qu'on lui pose qu'une importance très relative ; en somme, réponses assez vagues.

On porte le diagnostic d'entérocèle étranglée. Avec l'assentiment d'un de nos maîtres, nous procédons à l'intervention sous l'anesthésie cocaïnique, à 2 heures 1/2.

Incision classique pour la hernie crurale : la tumeur herniaire est libérée. A sa surface on rencontre deux pelotons adipeux formant deux cornes courtes et épaisses de couleur et de consistance banales : il faut noter que cette graisse est enveloppée d'une sorte d'œdème qui masque un peu les parties sous-acentes et est due très probablement à l'infiltration des couches superficielles par la solution cocaïnique.

Cette couche de graisse disséquée sans trop de peine, on arrive sur le sac que l'on ouvre ; sac peu épais, normal. A son intérieur, anse intestinale complète, noirâtre, mais souple et peu malade ; on la lave à l'eau phéniquée faible. Le couteau de Cooper est porté par l'intérieur du sac, sur le ligament de Gimbernat ; l'étranglement est assez peu serré ; le débridement se fait sans difficulté.

L'anse intestinale est attirée au dehors ; pas de lésions au niveau de la portion étranglée.

Réintégration de l'anse dans l'abdomen.

On procède à la dissection du sac. Cette dissection facile et rapidement menée sur la face externe du sac, devient pénible à sa face interne.

Il y a là un tissu très vasculaire, très adhérent au sac, ne rappelant en rien les fibres musculaires de la vessie, déjà vues dans des circonstances semblables par l'un de nous ; ce tissu friable ne supporte pas la dissection et vient par lambeaux. A peine a-t-on tenté cette dissection que l'on aperçoit une ouverture longue de 1 à 2 centimètres située à la partie inférieure et interne du sac, tapissée par une membrane blanchâtre sans consistance,

Au même moment, la malade qui, jusque-là n'avait accusé aucune douleur, ressent des envies d'uriner : il devient peu douteux que l'on ait ouvert la vessie. L'index introduit pénètre dans un conduit très étroit, à peine suffisant pour son passage ; en avant, l'index sent le bord inférieur du pubis; en arrière, il est en contact avec un corps dur, résistant, immobile, que l'on prend pour des matières fécales accumulées dans le gros intestin ; en bas, le doigt ne pénètre pas dans une cavité comme on aurait pu s'y attendre ; il rencontre un véritable cul-de-sac. Néanmoins, le conduit se dirige en bas et en dedans, vers la symphyse ; on s'assure qu'il ne communique pas avec le sac ou la cavité péritonéale.

Il ne s'est écoulé aucun liquide : on ne perçoit aucune odeur urineuse. La malade est sondée ; il s'écoule 40 à 50 grammes d'une urine claire; la sonde évolue avec peine dans la vessie elle est comme bridée et poussée du côté de l'orifice accidentel; le doigt introduit par cet orifice, à la rencontre de la sonde ne découvre pas le bec de la sonde à nu, mais est arrêté par un corps dur et résistant; néanmoins, ce bec est senti très facilement, très près, comme doublé d'une tunique très mince.

A ce moment, il s'écoule par la sonde quelques gouttes d'urine très faiblement sanguinolente ; ce sang, en faible quantité ne proviendrait-il pas d'une éraillure de la muqueuse due à la sonde pendant les manœuvres? L'embarras est grand : cependant on n'essaie pas de pousser une sonde plus longue vers l'orifice de peur de produire une plaie vésicale, peut-être non encore faite. Quoi qu'il en soit, et sans pouvoir affirmer d'une façon formelle qu'il s'agit d'une plaie de la vessie, on se dispose à traiter comme telle l'ouverture accidentelle. Le sac est lié comme d'habitude, disséqué, réséqué, refoulé dans l'abdomen.

A ce moment, on cherche en vain le second orifice pour poser plusieurs plans de suture sur ses bords, les pinces que l'on

a placées sur la membrane mince sont tombées, arrachant la partie pincée ; il ne reste que celles qui pincent le tissu vasculaire ambiant.

L'orifice n'ayant pu être retrouvé, on attire avec précaution le plus que l'on peut de ce tissu ; on le pédiculise et on jette sur lui une ligature en masse serrée avec un fil de soie.

L'anneau n'est pas refermé : suture superficielle : drain à la partie inférieure de la plaie, pénétrant dans l'anneau ; sonde molle à demeure. Au moment où l'on place la sonde, rien ne s'écoule de la vessie.

La malade est reportée dans son lit et surveillée de près. L'extrémité de la sonde à demeure plonge dans un urinal qui contient du sublimé.

Durée totale de l'opération 3/4 d'heure.

Dans la journée, les phénomènes d'étranglement intestinal disparaissent; la malade urine par la sonde; le liquide est légèrement sanguinolent. Régime lacté. Extrait thébaïque dix centigrammes.

16 mars. — L'état général est bon. L'urine est abondante, mais contient du sang en quantité notable

17-18 mars. — L'état général est toujours bon. La coloration des urines est de moins en moins foncée.

19 mars. — Quatrième jour depuis l'opération. Le pansement est refait ; rien ne s'est écoulé par le drain, ni sérosité, ni urine ; le drain est retiré ; la plaie est en voie de cicatrisation. La malade se plaint de fréquents besoins d'uriner et de douleurs dans le bas-ventre. En présence de ces symptômes d'irritation vésicale, on retire la sonde à demeure. Etant donné l'âge de la malade et le mauvais état présumé de ses reins, la cystite est en effet à redouter ; d'autre part, il ne peut être question de faire des lavages dans une vessie ouverte et si péniblement refermée quatre jours auparavant.

20 mars. — La malade a uriné seule et très fréquemment ; il n'y a pas eu besoin de la sonder. Elle a rendu deux litres d'urine très foncée. L'état général est moins satisfaisant que les jours précédents ; la malade n'est pas allée à la selle depuis la veille du jour de l'opération ; elle se plaint de quelques coliques. La hernie ombilicale reste souple. On administre cinquante centigrammes de calomel : le calomel n'ayant pas eu d'action suffisante, on administre un lavement.

21 mars. — Les urines contiennent beaucoup moins de sang : la malade en rend deux litres dans la journée ; l'état général devient un peu inquiétant ; il y a un peu d'affaissement, un léger refroidissement des extrémités, du tenesme rectal ; la langue est sèche.

22 mars. — Même état.

23 mars. — Le matin, l'urine contient un léger dépôt sanguin ; la malade urine dans son lit depuis la veille ; quoique toujours un peu affaissée, elle ne souffre pas. Le pansement est refait ; ablation des fils, réunion par première intention. La malade se prête facilement aux manœuvres nécessitées par le pansement, peut se soulever seule pour laisser passer les bandes. En somme, la situation, tout en n'étant pas très rassurante, est loin d'inspirer des inquiétudes immédiates.

Dans l'après-midi affaissement progressif et rapide. Coma. Mort à 5 heures du soir.

Autopsie. — La paroi abdominale est rabattue sur le pubis au moyen d'une incision curviligne partant d'une épine iliaque et passant au-dessus de l'ombilic pour aller rejoinde l'autre épine iliaque. Les fossettes inguinales, l'anneau crural, se trouvent ainsi étalés.

Dès l'ouverture de l'abdomen, on constate que la grande cavité péritonéale présente son aspect normal ; il n'y a pas trace de péritonite. L'anse étranglée encore un peu ecchymoti-

que est en parfait état ; les gaz et les matières la traversent aisément ; il n'y a aucun point perforé ni aminci. Le petit bassin est rempli par une grosse tumeur ovoïde du volume d'un gros poing que l'on prendrait au premier abord pour la vessie distendue ; mais cette masse mobile est attirée en haut hors du petit bassin, et l'on voit que l'on a affaire à un fibrome dur, en voie de regression. Le corps utérin a presque disparu, il est atrophié, réduit à une sorte de pédicule mince et large qui, des culs-de-sac vaginaux va à la tumeur. Aussi le fibrome se place-t-il avec la même facilité sur la face antérieure, sur le sommet de la vessie qu'il écrase, et sur la face postérieure dans le cul-de-sac de Douglas. C'est dans la première de ces positions qu'il fut trouvé à l'inspection du petit bassin ; il déprimait le sommet de la face postérieure de la vessie, déterminant la formation de deux cornes vésicales latérales.

En attirant la tumeur en haut, on constate dans le petit bassin la présence de deux ou trois cuillerées à bouche d'un liquide brunâtre, louche, dont l'aspect rappelle celui de l'urine. Tout autour le péritoine a son apparence normale.

Les parois étant bien étalées, on constate que l'angle inférieur droit du triangle, formé par les artères épigastriques et les branches horizontales du pubis, est dévié du côté de l'anneau crural. En tendant la paroi, on aperçoit, en dedans du point où siège la ligature du sac, une perforation péritonéale qui admet le bout du doigt : en pressant tout autour, on fait sourdre le même liquide brunâtre et purulent qui se trouve dans le petit bassin. Une sonde introduite dans la vessie ressort par cet orifice. Dans le voisinage de la perforation, sous la séreuse, on trouve la ligature que l'on avait jetée sur l'ouverture vésicale et qui tient solidement encore. La portion de séreuse avoisinant la perforation ne présente aucun signe d'inflammation.

On ouvre complètement la vessie qui est affaissée derrière la

symphyse ; on étale la perforation vésicale : cette dernière siége sur la face externe et sur le côté droit de la vessie ; tout autour la muqueuse est rouge, violacée, tomenteuse. On trouve les restes d'un foyer purulent qui s'est formé là où siège actuellement la perforation. A ce niveau la paroi vésicale est dans toute son épaisseur, et à une certaine distance tout autour de la perforation, ramollie, friable, sans consistance.

Les reins sont petits, atrophiés ; il y a quelques petits kystes à leur surface ; la couche corticale est très amincie. Le gauche pèse 70 grammes, le droit 80 grammes. Le foie est un peu dur à la coupe.

Etant données ces constatations, la filiation des faits nous semble avoir été la suivante : la partie herniée de la vessie, très altérée et très friable, rencontrée à la face interne et inférieure du sac, a été déchirée pendant la dissection de cette portion du sac ; les explorations recommandées en pareil cas, pour s'assurer de la nature de l'organe blessé, et, considérées jusqu'à présent, comme suffisantes pour arriver à un diagnostic certain, ont été mises en défaut, par suite de la présence d'un fibrome.

Au lieu d'une cavité vésicale plutôt agrandie, le doigt introduit dans l'ouverture accidentelle, rencontre un cul-de-sac, le bec de la sonde introduite dans la vessie, loin de pouvoir être amené au dehors par cette ouverture, n'est même pas senti dans la cavité explorée, enfin de l'urine claire s'écoule de la vessie.

Le sac était formé, au moins en partie par cette portion du péritoine qui adhère fortement à la vessie ; aussi, la paroi vésicale a-t-elle suivi le péritoine dans l'abdomen, pendant la réduction du pédicule du sac, masquant à l'opérateur la blessure accidentelle ; néanmoins, cette ouverture put être fermée par une ligature en masse jetée un peu au hasard. Cette bles

sure était manifestement extra-péritonéale, la vessie remise en place, le péritoine vint recouvrir la face externe blessée.

Tout alla bien jusqu'au moment où la portion malade et le sac de la vessie s'infecta, il se forma en ce point un abcès dans l'épaisseur des parois; cet abcès d'abord sous-péritonéal, s'ouvrit subitement dans le petit bassin entraînant la mort de la malade déjà fort compromise par son âge, et la sclérose avancée de ses reins, et aussi par la cystite qui s'était déclarée depuis quelques jours.

Il est néanmoins hors de doute, que l'issue fatale ait été provoquée par la déchirure de la vessie. Nous étions en droit de penser que nous avions rempli toutes les indications en introduisant un drain dans l'anneau, et en plaçant une sonde à demeure dans la vessie. N'aurait-il pas été plus prudent de prolonger par en haut l'incision de la paroi abdominale, de rechercher la plaie vésicale, et de la suturer soigneusement ? — Nous rejetâmes cette intervention pour des raisons multiples : la blessure étant extra-péritonéale, tout danger d'épanchement dans le péritoine nous semble éloigné, par l'intégrité de la séreuse et le drainage : d'autre part, l'état d'affaiblissement de la malade ne nous faisait rien présager de bon d'une opération trop prolongée.

Enfin, et surtout, nous savions que dans la plupart des cas semblables, les sutures les plus méthodiques n'avaient pas empêché l'établissement d'une fistule vésicale : tout comme dans les cas où la suture avait été faite moins soigneusement ou pas faite du tout.

On nous objectera qu'il n'en est pas ainsi quand une bonne suture est faite en bon tissu ; nous n'en doutons pas, mais nous pensons que la soude à demeure n'est pas pour cela mieux tolérée, que la cystite ne s'en serait pas moins déclarée et que

les reins de la malade n'étaient pas en état de permettre à celle-ci le luxe d'une semblable affection.

En tout cas, nous ne fûmes pas peu surpris de rencontrer à l'autopsie une communication entre la vessie et la cavité pelvienne ; cette complication n'avait pas été encore signalée : nous avons cru utile de la faire connaître en publiant cette observation.

Observation XII (A. Demoulin).

Hernie crurale étranglée depuis 36 heures. — Kélotomie. — Cure radicale. — Invagination par l'anneau crural, pendant la dissection du sac d'une partie de la portion extra-péritonéale de la vessie. — Guérison

La nommée B..., Léonie, journalière, 52 ans, est entrée à l'hôpital de la Charité, salle Gosselin, lit n° 2, service de M. le professeur Duplay le 28 mai 1893, pour des accidents d'étranglement herniaire.

Toujours bien portante, réglée à 14 ans et demi, mariée à 22 ans, cette femme a eu dix grossesses, quatre fausses couches. La dernière grossesse date de dix ans. La ménopause s'est faite, il y a un an, sans accidents. La nommée B... a eu sept frères et sœurs, cinq sont vivants en bonne santé. L'un des frères, mort aujourd'hui avait une hernie (Quelle variété ?).

A son entrée à l'hôpital, la malade nous raconte qu'elle porte, depuis dix mois, dans le pli de l'aîne droite, une hernie de la grosseur d'un œuf de poule, diminuant de volume dans le décubitus horizontal, et par une pression légère, dans la station debout. Cette hernie n'a jamais été douloureuse, et la malade n'a jamais porté de bandage.

Dans la nuit du 21 au 22 mai, B... fut prise brusquement, en faisant effort pour aller à la selle, d'une douleur vive dans l'aîne droite, douleur qui s'irradia promptement dans l'abdomen. Elle voulut faire rentrer sa hernie, mais ne put y parvenir. Elle resta au lit, le ventre se ballonna, il n'y eut plus d'émission de gaz par l'anus, elle fut tourmentée par des envies de vomir et 24 heures seulement après le début des accidents, des matières bilieuses en abondance furent rejetées par la bouche.

Quand je vis la malade pour la première fois, le 23 mai, à la visite du matin, je la trouvai avec le facies grippé, une température de 36°,5, un pouls petit, misérable, battant à 130, les extrémités froides. La bouche était pâteuse, son odeur fétide. Cependant, il n'y avait pas eu de vomissements fécaloïdes, la cuvette que je trouvai auprès de la malade ne contenait qu'un peu de bile.

Je découvris la région herniaire, et je trouvai au-dessous de l'arcade crurale droite, en dedans des vaisseaux fémoraux, une tumeur du volume d'un œuf de poule. Les téguments qui la recouvraient étaient sains et glissaient facilement sur les parties profondes. Au-dessous d'eux on sentait deux ou trois petites masses, du volume d'un gros haricot, qui donnaient, tant à cause de leur forme, que de leur consistance ferme, l'idée de ganglions pré-herniaires. Je cherchai à pédiculiser la tumeur, mais je ne pus y parvenir à cause des douleurs que déterminait la manœuvre. La tumeur, dans son ensemble, était d'une consistance assez ferme, rappelant celle des fibro-lipomes. Matité complète à la percussion.

En présence de ces symptômes, je songeai à un étranglement de l'intestin, contenu dans un sac renfermant peut-être de l'épiploon, ou doublé à sa face externe par de la graisse, comme cela s'observe si fréquemment à la région crurale.

Je pratiquai immédiatement la kélotomie après avoir fait raser et aseptiser soigneusement la région.

Je fis une incision de 6 centimètres environ, perpendiculaire à l'arcade, dans le grand axe de la tumeur. A peine les lèvres de l'incision étaient-elles écartées, que je tombai dans une masse ganglionnaire et graisseuse, qui, après dissection de la peau, s'énucléa facilement et se présenta sous une forme absolument comparable à celle d'une petite carotte longue de 6 à 7 centimètres, dont le grand axe était à peu près parallèle à celui de la cuisse, la grosse extrémité tournée en haut, la pointe en bas et en dedans. Assez intrigué par la présence de cette tumeur, par sa forme bizarre, je cherchai à découvrir le fascia crebiformis ou ses restes, le sac. Bientôt je rencontrai une petite surface d'aspect fibreux, je la saisis avec une pince à forcipressure, puis la décortiquai complètement. C'était le sac, fort épais, du volume d'une petite noix. J'enlevai complètement la masse qui le cachait, masse constituée à la fois par des ganglions, de la graisse, quelques tractus fibreux, restes du fascia crebriformis.

Je pus alors bien voir la région herniaire, reconnaître facilement le ligament de Gimbernat, qui enserrait étroitement le collet du sac.

Ponction au bistouri du sac, dont les parois étaient si épaisses que je me demandai si je n'incisai pas le gros intestin ou la vessie : cette ouverture donna naissance à quelques gouttes de liquide opalescent et à une fausse membrane vermiforme longue de 5 à 6 centimètres. J'agrandis la boutonnière sacculaire : je ne trouve pas d'intestin, ni d'épiploon : je cherche à introduire le doigt dans le collet, je n'y parviens pas, tellement il est serré ; j'incise alors, en dehors du sac, le bord libre du ligament de Gimbernat, et, ayant soin de diriger la lame du bistouri en bas, en arrière et en dedans, vers le pectiné. Ce dé-

bridement fait, je puis introduire le doigt dans le collet, je me mets en devoir de le disséquer, ce qui est facile, car il n'adhère pas au pourtour de l'anneau. En cherchant à attirer l'infundibulum pré-herniaire, je rencontre, un peu au-dessus du collet du sac, et à la partie interne et postérieure du pédicule que je cherchais à former, un obstacle qui empêche de passer le doigt. Je reviens du côté externe, pour décoller un peu plus le péritoine, tout en exerçant des tractions modérées sur le sac. Pendant cette manœuvre, je vois apparaître du côté interne du sac une petite masse qui, grosse comme une noisette, atteint bientôt le volume d'un œuf de pigeon. Elle était recouverte d'une graisse jaunâtre, d'aspect spécial, ne rappelant que de loin celui de l'épiploon.

Cette graisse, enlevée avec précaution, en un point limité, par le grattage avec l'ongle, laissait voir un tissu d'apparence charnue, de coloration rougeâtre, rappelant l'aspect de fibres musculaires lisses. En prenant la masse entre les doigts, on voit qu'elle est constituée par deux plans épais qui glissent facilement l'un sur l'autre.

Instruit par une intervention antérieure, je pensai à une hernie de la vessie, hernie faite par l'opérateur, due à la traction exercée sur le péritoine pariétal, entraînant à son tour cette portion de la séreuse qui, des parois abdominales, se réfléchit sur la vessie, traction invaginant le viscère par sa portion extra-péritonéale.

Restait à vérifier cette hypothèse.

J'ai déjà signalé l'aspect spécial de cette graisse qui recouvrait la tumeur : graisse d'un jaune blanchâtre, formée de petits lobules du volume d'une grosse tête d'épingle, accolés les uns aux autres, assez résistants. C'était une présomption.

Saisissant entre les doigts la tumeur que je soupçonne être une partie de la vessie herniée, je fais injecter 200 grammes

environ d'eau boriquée dans la vessie. La poche ne se distend pas, mais ce fait bien connu ne me fait pas abandonner mon hypothèse.

J'introduis alors le doigt du côté du pubis, et je constate nettement la continuité de la masse que je tiens entre les doigts avec la vessie que je sens vide (j'en avais retiré l'eau boriquée), derrière la symphise).

Puis nouvelle introduction de la sonde par l'urèthre. M. Bois, interne du service, qui m'assiste, la dirige dans la partie herniée, où elle arrive très facilement, et où, tous deux nous constatons sa présence.

Il ne saurait y avoir de doute, c'est bien une portion de la partie extra-péritonéale de la vessie qui se trouve en dedans, au-dessus, et un peu en arrière du collet du sac. En cessant les tractions sur le fond du sac, la hernie de la vessie se réduit d'elle-même. C'est donc bien l'opérateur qui l'a produite.

L'opération est vite terminée : pédiculisation du sac avec un fil de soie rasant la vessie, section du pédicule aux ciseaux ; la hernie rentre vite dans l'abdomen.

Suture des parties molles sous-cutanées par un premier plan au catgut ; je les ramasse de façon à oblitérer à peu près l'anneau crural : mais il n'en reste guère à cause de l'ablation primitive de la grosse masse ganglionnaire et graisseuse pré-sacculaire. Aussi existe-t-il entre le premier plan de suture et celui de la peau, fait au fil d'argent, un assez large espace que je draine.

Les suites opératoires ont été des plus simples : six heures après l'intervention, la malade rendait du gaz par l'anus ; plus de vomissements, malgré l'anesthésie chloroformique.

La plaie n'a pas suppuré ; mais au premier pansement fait le troisième jour après l'opération, je constatai la présence d'un épanchement sanguin dans la cavité, résultant de l'écartement

des plans superficiel et profond, qu'un bandage compressif n'avait pu rapprocher suffisamment. Sur le conseil de M. Duplay, j'e nlvai les fils cutanés, les caillots, et laissai la plaie se guérir par seconde intention. Elle était complètement cicatrisée à la fin de juin.

La malade a quitté l'hôpital dans les premiers jours du mois de juillet.

Vu par le président de la thèse,

TILLAUX.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

PAUL DELBET. — Anat. chirurgicale de la vessie. Thèse de Paris, 1895.

DURET. — Thèse d'agrégation, 1883.

FOLLIN et DUPLAY. — Pathologie externe, t. 6, p. 773.

GUELLIOT. — Congrès français de chir., 1889, in Revue de chir., 1889.

GUÉPIN. — Cystocèle crurale (Revue de chir., 1893, p. 646.

HEDRICH. — Gazette médicale de Strasbourg, 1890.

HENGGELER. — Statistique de 276 hernies étranglées. Best. z. Klin. chir., n° XV, p. 1.

L. IMBERT. — De la cystocèle inguinale (Annales des org. génito-urin., 1896, p. 5 et 6).

LUESCHER. — Corresp. Blatt f. Schweize aerzte, 1er fév. 1894, n° 3, page 83.

LEJARS. — Revue de chirurgie 1893 (p. 12 et 111).

MERY. — Académie des sciences, 1713.

MONOD et DELAGÉNIÈRE. — Rev. de chir., 1889.

PETIT. — Académie des sciences, 1717.

PILZ. — W. Klin. Wochensch, 1891, p. 361.

PIQUET. — Thèse de Paris, 1893.

RABINEAU. — Thèse (Paris, 1896).

REYMOND. — Société anatomie, 1894.

ROUX. — Obs. publiée par Duchaussoy (Bull. Soc. anat., 1853, p. 199).

SALITCHEFF. — Presse médicale, 12 févr. 1896.

THIRIAR. — Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1890.

TABLE DES MATIERES.

Avant-propos 5
Historique 12
Anatomie pathologique 17
Etiologie 24
Pathogénie 31
Symptomatologie 43
Diagnostic 52
Traitement 62
Pronostic 72
Conclusions 74
Observation 1 12
— 2 76
— 3 76
— 4 77
— 5 81
— 6 83
— 7 84
— 8 87
— 9 87
— 10 89
— 11 93
— 12 101
Tableau synoptique des observations 106
Bibliographie 107

H. Jouve, imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris

Legrand 15